



## ”Kyllä ne sielä opasti”

- Robottiavusteinen laparoskooppinen prostat-ektomia -potilaiden kokemuksia ohjauksesta

---

Koivisto Sanna, Komulainen Taru-Tiina

Laurea-ammattikorkeakoulu  
Tikkurila

”Kyllä ne sielä opasti”  
- Robottiavusteinen laparoskooppinen prostatektomia -potilaiden  
kokemuksia ohjauksesta

Koivisto, Sanna  
Komulainen, Taru-Tiina  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Opinnäytetyö  
Marraskuu, 2012

Koivisto, Sanna ja Komulainen, Taru-Tiina

**”Kyllä ne sielä opasti” - Robottiaivusteinen laparoskooppinen prostatektomia -potilaiden kokemuksia ohjauksesta**

Vuosi 2012

Sivumäärä 55

Opinnäytetyö on osa Peijaksen sairaalan ja Laurea-ammattikorkeakoulun yhteistä kehittämissanketta. Opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia robottiaivusteisen laparoskooppisen prostatektomian (RALP) läpikäyneiden potilaiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta. Tarkoituksena oli saada tutkimustietoa ohjauksen riittävydestä sekä kehittämiskohteista, joiden pohjalta ohjausta voisi kehittää potilaslähtöisemmäksi. Tavoitteena oli uuden tutkimustiedon välittäminen työelämään sekä RALP-potilaiden kirjallisten ohjeiden uudistaminen.

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena. Aineiston keruu tapahtui puolistrukturoidun teemahaastattelun avulla. Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin haastattelujen toteuttamisen jälkeen. Aineisto analysoitiin aineistolähtöisen sisällönanalyysin avulla. Tutkimuksen kohderyhmänä olivat Peijaksen sairaalan osaston 132 ja kirurgian poliklinikan 3 potilaat. Otanta koostui seitsemästä (n= 7) osastolla 132 olleesta RALP-potilaasta.

Potilaat kokivat suullisen ohjauksen molemmilla osastoilla hyväksi ja olivat tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen. Kirjallinen materiaali oli pääosin selkeää ja ymmärrettävää ja sitä oli riittävästi. Katetrinkäytön harjoittelu osastolla yhdessä hoitajan kanssa oli osittain puutteellista. Kotona selviytyminen tuotti monille potilaille ongelmia, ja osa potilaista joutui ottamaan yhteyttä osastolle kotiutumisen jälkeen.

Tulohaastattelun kehittämiskohteena toivottiin leikkauksen jälkeisten asioiden käsittelyä sekä leikkaukseen valmistautumisen korostamista. Potilaat toivoivat selkeämpää lääkehoidon ohjausta ja lyhyempiä odotusaikoja vastaanottoaikojen välillä. Kirjallisen materiaalin kehittämiskohteiksi ehdotettiin kotona selviytymistä tukevia ohjeita. Kehittämisehdotuksena oli lisäksi henkilö, joka olisi kotiutumisenjälkeistä yhteydenottoa tarvitsevien potilaiden käytettävissä. Tutkimuksen tuloksia ei voida yleistää pienestä otoksesta johtuen, mutta niitä voidaan hyödyntää käytännön hoitotyössä ohjausta kehitettäessä.

Asiasanat: robottiaivusteinen laparoskooppinen prostatektomia, preoperatiivinen ohjaus, postoperatiivinen ohjaus, kotona selviytyminen

Koivisto, Sanna and Komulainen, Taru-Tiina

**Robotic-assisted laparoscopic prostatectomy patients' experiences of counselling**

Year	2012	Pages	55
------	------	-------	----

This thesis is part of the development project carried out in cooperation with Peijas Hospital and Laurea University of Applied Sciences. The purpose of this thesis was to study the experiences of robotic-assisted laparoscopic prostatectomy (RALP) patients regarding the counselling they had received. The purpose was to obtain research data on sufficiency of guidance as well as development areas, on the basis of which the guidance could be developed towards a more patient-oriented approach. The aim was to convey new research data for working life as well as revise the written guidelines for RALP patients.

This thesis was carried out as a qualitative analysis. The research data was collected through semi-structured interviews. The interviews were recorded after which they were transcribed, and the content was analysed by content analysis. The target group of the study consisted of the patients on ward 132 and surgical outpatient clinic 3 in Peijas Hospital. The sample comprised seven (n=7) RALP patients who were treated on ward 132.

The patients on both wards were satisfied with the face-to-face counselling they had received. The written material was mainly clear and understandable, and the patients received enough material. The practical training with a ward nurse on using the catheter was partly regarded as insufficient. Coping at home caused problems for many patients and some of them needed to contact the ward after returning home.

The respondents wished that the preoperative interview would include both discussing the postoperative issues as well as emphasising the importance of preparation for an operation. The patients hoped clearer guidance on medication and shorter waiting times. The proposed development areas for the written material were the supporting guidelines for coping at home. Another development proposal was to have a person available, whom the patients could contact after returning home if need be. The results of this thesis cannot be generalised due to the small sample but can be useful when developing counselling.

Keywords: robotic-assisted laparoscopic prostatectomy, preoperative counselling, postoperative counselling, coping at home

## Sisällys

Johdanto.....	6
1 Tausta .....	7
1.1 Robottiaivusteinen laparoskooppinen prostatektomia .....	7
1.1.1 Potilaan hoitopolku .....	8
1.2 Kirurgisen potilaan ohjaus .....	9
1.2.1 Ohjausprosessi .....	11
2 Tarkoitus ja tavoitteet .....	14
2.1 Tutkimuskysymykset .....	15
3 Projektin toteuttaminen .....	15
3.1 Projektiympäristö .....	15
3.2 Ajankäyttö .....	16
3.3 Menetelmät .....	17
4 Projektin tuotos.....	18
4.1 Potilaan kokemus suullisesta ohjauksesta .....	20
4.1.1 Tiedonanto .....	20
4.1.2 Käytännön harjoittelu .....	22
4.1.3 Ohjauksen toteutumiseen vaikuttavat tekijät .....	23
4.1.4 Ohjaustilanne .....	24
4.2 Potilaan kokemus kirjallisesta materiaalista .....	26
4.2.1 Positiiviset kokemukset kirjallisesta materiaalista .....	27
4.2.2 Negatiiviset kokemukset kirjallisesta materiaalista .....	27
4.2.3 Kirjallisen materiaalin kehittämisehdotukset .....	28
4.3 Potilaan kokemus kotona selviytymisestä .....	28
4.3.1 Kotona selviytymistä edistävät tekijät .....	28
4.3.2 Kotona selviytymistä heikentävät tekijät .....	29
4.3.3 Kotiutumisenjälkeinen ohjaus .....	30
4.4 Uudistetut kirjalliset ohjeet .....	30
5 Johtopäätökset.....	31
6 Projektin arviointi .....	32
6.1 Pohdinta .....	32
6.2 Luotettavuus ja eettisyys .....	33
Lähteet .....	36
Kuviot .....	39
Taulukot .....	40
Liitteet.....	41

## Johdanto

Henkilökuntaresurssien väheneminen yhdessä lyhenevien hoitoaikojen kanssa edellyttävät hoitajalta paljon potilasohjauksen osalta (Liukkonen 2009: 8). Lyhytaikaisessa hoidossa ohjauksen sisällön määrittely ja oikea ajoitus on haastavaa. RALP- eli robottivusteisen laparoskooppisen prostatektomian läpikäyneiden potilaiden kohdalla lyhyt sairaalassaoloaika asettaa suuria haasteita ohjaukselle, ja erityisesti kotihoito-ohjeet jäävät usein epäselviksi. Vuodeosastolta kotiudutaan toimenpidettä seuraavana päivänä, jolloin potilas saa paljon tietoa hyvin lyhyessä ajassa. Ohjaus ei aina saavuta sille asetettuja tavoitteita, mistä osaltaan kertovat potilaiden kotiutumisenjälkeiset yhteydenotot osastolle.

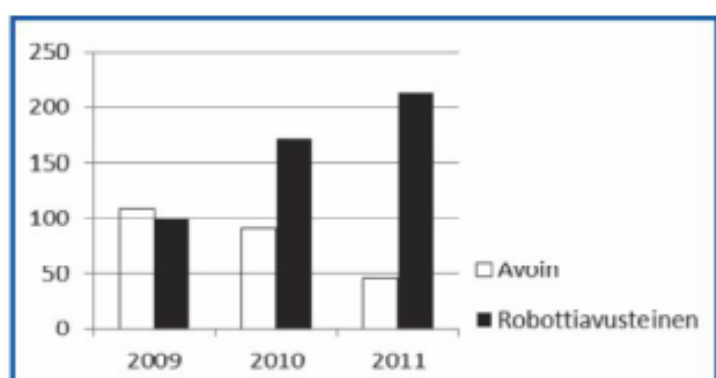
Riittävällä ohjauksella on monia myönteisiä vaikutuksia. Se edistää hoitoon sitoutumista ja sairauteen sopeutumista. Ohjauksen avulla voidaan myös lieventää potilaan tuntemaa epävarmuutta ja ahdistusta. Potilaiden yksilöllisyyden huomiointi ohjauksessa on tärkeää, koska potilaat omaksuvat asioita eri tahtiin. (Ohtonen 2006: 3.) Potilaiden tarpeita ohjauksen suhteen on hyvä kartoittaa, jotta ohjaukseen varattu aika voitaisiin hyödyntää mahdollisimman tehokkaasti. Potilaslähtöisen ohjauksen myötä potilaat selviytyisivät kotona paremmin ja ylimääräiset kotiutumisen jälkeiset yhteydenotot potilaiden taholta vähenisivät.

Opinnäytetyön tarkoituksena on tutkia robottivusteisen laparoskooppisen prostatektomian läpikäyneiden potilaiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta. Kiinnostus RALP-potilaiden ohjaukokemusten tutkimiseen heräsi työharjoittelussa, jossa saimme todeta, ettei ohjaus näiden potilaiden kohdalla välttämättä toteudu tavoitteiden mukaisesti. Tarkoituksena on saada tutkimustietoa ohjauksen riittävydestä sekä kehittämiskohteista, joiden pohjalta ohjausta voisi kehittää potilaslähtöisemmäksi. Tavoitteena on uuden tutkimustiedon välittäminen työelämään sekä RALP-potilaille tarkoitettujen kirjallisten ohjeiden uudistaminen.

## 1 Tausta

### 1.1 Robottivusteinen laparoskooppinen prostatektomia

Eturauhassyöpä on miesten yleisin syöpä. Eturauhassyöpään sairastuu joka vuosi yli 3000 ja kuolee noin 770 miestä. Eturauhassyövän syntymiseen vaikuttavia tekijöitä tunnetaan huonosti, mutta perinnöllisten ja ulkoisten tekijöiden on arveltu vaikuttavan sairastumisriskiin. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2003: 678- 679.) Paikallista eli kapselin sisään rajoittunutta eturauhassyöpää voidaan hoitaa seurannalla, radikaalileikkauksella, radikaalilla ulkoisella sädehoidolla tai kudoksen sisäisellä sädehoidolla. Paikallisesti edenneen eturauhassyövän hoitovaihtoehdot ovat seuranta, radikaali ulkoinen sädehoito, bikalutamidihoito, kastroatio tai radikaalileikkaus. Radikaaliprostatektomia voidaan suorittaa avoimena tai laparoskooppisena toimenpiteenä. (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist 2012: 661- 662.) HYKS:n alueella tehdyt radikaaliprostatektomiat on kuvattu kuviossa 1.



Kuvio 1. HYKS:n alueella suoritettut prostatektomiat vuosina 2009- 2011 (Santti 2012).

Robottivusteinen laparoskooppinen radikaaliprostatektomia (RALP) on eturauhassyöpää sairastaville potilaille tehtävä toimenpide, jossa poistetaan eturauhanen ja siinä kiinni olevat rakkularauhaset (Ahonen ym. 2012: 662). Robottivusteinen prostatektomia suoritetaan muuten samalla tavalla kuin laparoskooppinen, vatsaontelon täyhystyksessä tehtävä eturauhasen poisto, mutta apuna toimii erillisellä konsolilla ohjattava robotti (Pietilä 2011: 36). Robottiin kuuluvat ohjauskonsoli, potilasosa ja keskusyksikkö. Potilasyksikköön yhdistetään leikkausinstrumentit, joiden toimintaa kirurgi ohjaa ohjauskonsolista. (Rannikko, Pétaš, Tiippa & Taari 2011: 624.) Kirurgi näkee konsolin linssien läpi 10- 15 -kertaisen, kolmiulotteisen suurennoksen leikkausalueesta. Suurennetun kuvan avulla hermot kyetään näkemään ja säästämään tarkemmin, millä on erittäin suuri merkitys potilaan erektiokyvyn säilyttämisen ja inkontinenssirisken pienemisen kannalta. Lisäksi robotin instrumenttien nivelet kääntyvät enemmän kuin ihmisen ranne, mikä mahdollistaa leikkaamisen vaikeissakin kohdissa. (Pietilä 2011: 36.)

Leikkausasentona on jyrkkä Trendelenburgin asento (Rannikko ym. 2011: 625). Leikkaus kestää 3- 4 tuntia, ja potilaalle jää virtsakatetri. Leikkauksen jälkeen potilaat voivat yleensä hyvin, mutta ongelmana voivat olla kipu sekä virtsaamistarve. (Pietilä 2011: 39.) Toimenpiteen jälkeistä kipua hoidetaan parasetamolilla tai tulehduskipulääkkeillä, tähyystyshaavat puudutetaan. Kestokatetri poistetaan noin viikon kuluttua toimenpiteestä. Aivoverenkierrot, sydämen vajaatoiminta tai läppäviat, keuhkohtaumatauti, hengitykseen vaikuttava lihassairaus, systeeminen ateroskleroosi ja glaukooma ovat sairauksia, joita sairastavat potilaat eivät sovellu robottiaivusteiseen leikkaukseen. (Ahonen ym. 2012: 664.)

Robottikirurgian etuja ovat vähentynyt verenvuoto ja potilaan nopeampi toipuminen (Rannikko ym. 2011: 623). Hun ym. (2009) avoleikkauspotilaita sekä laparoskooppisesti ja robottiaivusteisesti leikattuja potilaita vertailevan tutkimuksen mukaan avoleikkauspotilaat tarvitsivat verrokkiryhmää enemmän verensiirtoja ja pidemmän sairaalassaoloajan. Virtsanpidätys- ja erektiokyvyn palautuminen sitä vastoin oli avoleikkauspotilailla nopeampaa. (Hu ym. 2009: 1557, 1563.) Murphyn ym. (2009) RALP-potilaita tutkivan tutkimuksen mukaan 91,4 % potilaista oli pidätyskykyisiä vuoden kuluttua toimenpiteestä, kolmen vuoden kuluttua vastaava määrä oli 94,7 %. Aiemmin erektiokykyisistä potilaista, joiden toimenpiteessä erektiohermot säästettiin, 62 % sai erektiokykynsä takaisin. RALP:n tekniikka kehittyy, mikä voi johtaa parempiin onkologisiin ja toiminnallisiin tuloksiin. (Murphy, Kerger, Crowe, Peters & Costello 2009: 1363- 1366.)

Mottrien ym. (2007) seurantatutkimuksen mukaan RALP:n läpikäyneistä potilaista 95 % oli pidätyskykyisiä jo puolen vuoden kuluttua toimenpiteestä. 81 % alle 60-vuotiaista potilaista, joiden erektiohermot pyrittiin säästämään, säilytti erektiokykynsä. Tutkimuksessa löytyi myös yhteys erektiohermot säästävän leikkauksen ja aikaisen pidätyskyvyn palautumisen välillä. Potilaista, jotka kävivät bilateraalisen erektiohermot säästävän prostatektomian, 49 % oli pidätyskykyisiä kuukauden kuluessa toimenpiteestä. Vastaava prosentti tavallisen prostatektomian käyneiden potilaiden joukossa oli 31 %. (Mottrie, Van Migem, De Naeyer, Schattemann, Carpentier & Fonteyne 2007: 748.) Bolenzin ym. (2010) mukaan robottiaivusteinen laparoskooppinen prostatektomia on kustannuksiltaan suurempi kuin laparoskooppinen tai avoin prostatektomia, mikä johtuu etupäässä kirurgin välineistön sekä leikkaussalin kustannuksista (Bolenz ym. 2010: 457).

### 1.1.1 Potilaan hoitopolku

Potilas saapuu noin viikkoa ennen toimenpidettä tulotarkastukseen Kirurgian poliklinikalle 3. Potilailta tarkastetaan tulotarkastuksen yhteydessä preoperatiiviset laboratoriotulokset sekä mahdollisesti röntgenkuvataan keuhkot ja otetaan EKG. Tulotarkastuksessa myös



tarkastetaan potilaan esitietolomake, annetaan leikkausohje ja pyydetään potilasta täyttämään RALP-elämänlaatukysely. X-koe ohjelmoidaan otettavaksi terveysasemalla. (Vianto 2012.) Tulokeskustelu on tärkeä osa preoperatiivista hoitotyötä ja se käydään potilaan täyttämän esitietolomakkeen perusteella. Tulokeskustelussa hoitaja kertoo potilaalle toimenpiteestä. (Ahonen ym. 2012: 100.) Myös leikkaava urologi ja anestesia-ääkäri tapaavat potilaan tulotarkastuksessa, jolloin potilaalla on mahdollisuus esittää kysymyksiä toimenpiteestä. Lisäksi potilas tapaa fysioterapeutin, ellei ole käynyt Meilahden sairaalassa fysioterapiaohjausryhmässä. (Vianto 2012.)

Leikkauspäivän aamuna potilaat saapuvat kirurgian poliklinikalle toimenpiteen ajankohdasta riippuen seitsemältä tai kahdeksalta. Potilas vaihtaa ylleen avopaidan, antiemboliasukat puetaan ja leikkausalueen iho valmistellaan. Esilääkkeeksi ennen toimenpidettä potilaat saavat yleensä Lyrica 150 mg perorallisesti tuntia ennen toimenpidettä. (Vianto 2012.) 3- 4 tuntia kestävä leikkauksen sekä 1,5- 3 tunnin heräämössäoloajan jälkeen potilas siirtyy takaisin vuodeosastolle, jolta potilaat kotiutuvat yleensä toisena postoperatiivisena päivänä (Pietilä 2011: 39). Peijaksen sairaalassa potilaat kotiutuvat useimmiten jo ensimmäisenä postoperatiivisena päivänä (Pitkänen 2012).

Viikon kuluttua toimenpiteestä potilas käy UCG:ssä eli uretrokystografiassa, jolla tarkastetaan virtsarakon ja -putken välisen sauman pitävyys. Jos sauma todetaan pitäväksi, alatiekatetri voidaan poistaa kirurgian poliklinikalla. Katetrin poiston jälkeen katsotaan yksi jäännösvirts, kun potilas on käynyt ensimmäisen kerran virtsalla. Samalla käynnillä potilas tapaa leikkaavan urologin ja fysioterapeutin. Kuuden viikon kuluttua toimenpiteestä potilaalla on jälkitarkastus leikkaavan urologin luona, ja ennen poliklinikkakäyntiä otetaan veri- ja virtsanäytteet. (Vianto 2012.)

## 1.2 Kirurgisen potilaan ohjaus

Hoitotyössä ohjauksesta käytetään monia eri käsitteitä, kuten koulutus, kasvatus ja valmennus (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007: 25). Ohjaus on määritelty asiakkaan ja hoitajan aktiiviseksi ja tavoitteelliseksi toiminnaksi, joka tapahtuu vuorovaikutteisessa ohjaussuhteessa (Kyngäs ym. 2007: 25; Kääriäinen 2008: 4). Ohjaus on osa potilaan kokonaisvaltaista hoitoa. Sen tarkoituksena on edistää ja tukea potilaan kykyä hoitaa itseään sekä tämän valmiuksia parantaa elämäänsä haluamallaan tavalla. (Kyngäs ym. 2007: 25.)

Suullisen ja kirjallisen ohjauksen tarve on lisääntynyt, joten hoitohenkilökunnalta vaaditaan myös ohjauksen osalta enemmän. Aikaa ohjaukselle on sitä vastoin käytössä rajallisemmin. (Hautakangas, Horn, Pyhälä-Liljeström & Raappana 2003: 58; Liukkonen 2009: 8.) Potilaan

sairaalassa saamalla ohjauksella on suuri merkitys toipumiselle. Erityisesti päiväkirurgisilla potilailla myös tiedonannon ajoitus on erittäin tärkeää, koska potilaat eivät muista saamaansa ohjausta, jos se annetaan liian aikaisessa vaiheessa. (Palokoski 2007: 2.)

Hoitohenkilökunnalla on velvollisuus ohjata potilasta muun muassa lakien, asetusten, suositusten, potilaan kunnioittamisen ja terveyden edistämisen näkökulmista. Nämä ilmenevät käytännön ohjaustoiminnassa muun muassa potilaan kohtelemisena aktiivisena ja vastuullisena oman tilanteensa asiantuntijana sekä tämän tietoperustan, arvojen ja kokemusten kunnioittamisena. (Kääriäinen 2008: 3.) Laadukkaan ohjauksen edellytyksenä on, että hoitohenkilökunta kantaa ammatillisen vastuunsa ja kehittää ohjaustaitojaan (Liukkonen 2009: 8). Hoitohenkilökunnalla on velvollisuus päivittää osaamistaan ja tietojään, jotta he voivat tarjota potilaalle asianmukaista ja ajantasaista tietoa päätöksenteon tueksi. Ohjausvalmiuksien turvaamiseksi hoitohenkilöstölle tulisi järjestää enemmän koulutusta ja perehdytystä ohjaamaan oppimisesta. (Kääriäinen 2008: 3- 4.)

Potilaalla on lain (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785) mukaan oikeus saada tietoa terveydentilastaan, sairauden hoidosta ja sen merkityksestä sekä muista hoitoon vaikuttavista tekijöistä (Kääriäinen 2008: 3; Liukkonen 2009: 8). Lain mukaan potilas voi myös kieltäytyä ohjauksesta, jolloin on perusteltua keskustella potilaan kanssa tämän vastuusta omasta elämästään sekä tehtyjen valintojen seurauksista (Hautakangas ym. 2003: 62- 63). Kirurgiselle potilaalle annetun tiedon tulee olla yksilöllistä ja potilasta tyydyttävää, ja ohjauksen on lähdeittävä potilaan omista tarpeista. (Palokoski 2007: 12; Sonninen, Kinnunen & Pietilä 2006: 20.) Tutkimuksen mukaan ohjauksessa on keskitytty sairauden hoitoon, sen oireisiin ja tiedollisiin asioihin. Kehittämiskohteena olisikin kokonaisvaltaisempi ohjaus, jossa huomioidaan myös potilaan henkinen puoli. (Sonninen ym. 2006: 20.)

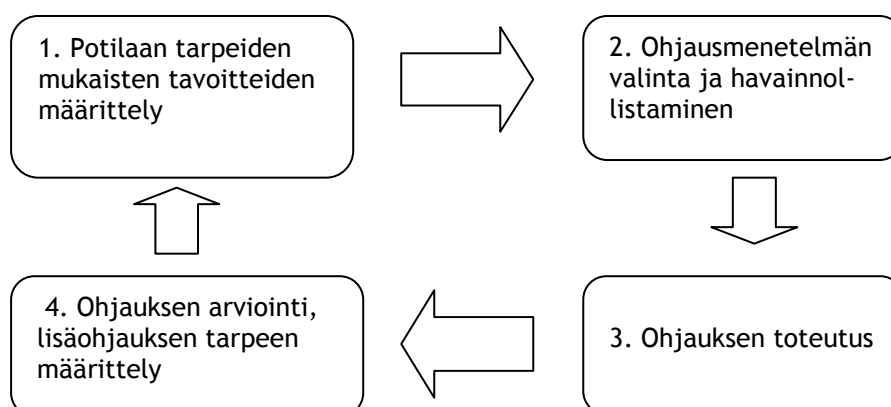
Ohjaus on aina sidoksissa sekä hoitajan että potilaan taustatekijöihin, jotka jaetaan fyysisiin, psyykkisiin ja sosiaalisiin sekä muihin ympäristötekijöihin. Lisäksi molempien henkilökohtaiset arvot heijastuvat siihen, miten he suhtautuvat ohjauksessa käsiteltyihin asioihin. (Kyngäs ym. 2007: 26- 28, 35; Kääriäinen 2008: 3- 4.) Fyysisiä taustatekijöitä ovat ikä, sukupuoli, sairauden tyyppi ja terveydentila. Psyykkisiin ohjaukseen vaikuttaviin taustatekijöihin kuuluvat muiden muassa käsitys omasta terveydentilasta, kokemukset ja motivaatio sekä oppimistavat ja -valmiudet. (Kyngäs ym. 2007: 29, 32.) Aiempien kokemusten lisäksi uskomukset, tarpeet ja omat mieltymykset voivat vaikeuttaa ohjauksen onnistumista ja estää potilaan aktiivisuutta. (Kyngäs ym. 2007: 33; Kääriäinen 2008: 4.)

Sosiaalisiin taustatekijöihin kuuluvat sosiaaliset, kulttuuriperustaiset, etniset, uskonnolliset ja eettiset tekijät, jotka ovat osa asiakkaan toimintaa. Potilaat kokevat yleensä perheen ja omaiset ensiarvoisen tärkeinä. (Kyngäs ym. 2007: 35.) Omaisten läsnäolo helpottaa potilaiden

lisäkysymysten esittämistä sekä vähentää väärinymmärryksiä. Omaisten tuki myös helpottaa potilaiden selviytymistä kotona sairaalassaolon jälkeen. (Kääriäinen 2008: 6.) Muihin ympäristötekijöihin kuuluu merkittävimpana tila, jossa ohjaus toteutetaan. Fyysisen ympäristön puutteet voivat haitata asiakkaan keskittymistä ohjaustilanteeseen. (Kyngäs ym. 2007: 36- 37.) Henkilökunnalla tulee olla käytössään asianmukaiset resurssit koskien tilaa, henkilökuntaa ja aikaa (Liukkonen 2009: 8). Asianmukaisten tilojen puute on ollut ohjauksen onnistumisen esteenä. Puutetta on ollut myös ajantasaisesta kirjallisesta ja audiovisuaalisesta ohjausmateriaalista. (Kääriäinen 2008: 5.) Psyykkistä ilmapiiriä hankaloittavat esimerkiksi henkilökunnan kiire ja tiedon puute, jotka vaikuttavat ohjauksen suunnitelmallisuuteen ja vuorovaikutuksen laatuun (Kyngäs ym. 2007: 37; Kääriäinen 2008: 5).

### 1.2.1 Ohjausprosessi

Ohjausprosessin vaiheet ovat tavoitteiden asettaminen, ohjausmenetelmän valinta, ohjauksen toteutus sekä arviointi (kuvio 2).



Kuvio 2. Ohjausprosessi (Hautakangas ym. 2003).

Hoitajan tulee tunnistaa ja arvioida ohjaustarpeita yhdessä asiakkaan kanssa (Kyngäs ym. 2007: 26; Hautakangas ym. 2003: 62). Ohjaustarpeiden selvittäminen takaa sen, että ohjaus perustuu hoitajan ja potilaan yhteiseen näkemykseen hoidosta. Ohjaustarpeen selvittämistä helpottavat tiedot potilaan taustatekijöistä. (Kyngäs ym. 2007: 47.) Ohjaustarpeiden tunnistamisen jälkeen potilaan kanssa keskustellaan tavoitteista ja menetelmistä, joilla ohjaus toteutetaan (Hautakangas ym. 2003: 62). Ohjauksen tavoitteiden lähtökohtina ovat potilaan aiempi tietoperusta, asiat, jotka hänen täytyy ja jotka hän haluaa tietää sekä hänelle parhaiten sopiva ohjausmenetelmä. (Kääriäinen 2008: 4- 5.) Potilaan näkemyksen huomiointi tavoitteiden asettamisessa edistää hänen tyytyväisyyttään ja hoitoon sitoutumistaan (Kyngäs ym. 2007: 75; Kääriäinen 2008: 5).

Ohjauksen onnistumisen varmistamiseksi on hyvä käyttää useita ohjausmenetelmiä. Ohjausta annetaan useimmiten suullisesti, mutta sen lisäksi voidaan antaa esimerkiksi demonstraatio-ohjausta tai audiovisuaalista ohjausta. Audiovisuaalinen ohjaus tarjoaa tietoa erilaisten teknisten apuvälineiden kuten videon, tietokoneen tai puhelimen välityksellä. Audiovisuaalisen ohjauksen tarkoituksena on virkistää potilaan muistia jo käydystä ohjauskeskustelusta sekä helpottaa tiedon välittämistä omaisille. Puhelinohjausta käytetään paljon päiväkirurgisen toiminnan yhteydessä. Puhelimitse annettava ohjaus vaatii samalla tavalla suunnittelua ja arviointia kuin muutkin ohjausmenetelmät. Puhelinohjaus edellyttää hoitajalta monipuolista tietämystä, koska tämän on osattava selvittää potilaan tämänhetkinen tilanne ja tehdä sen mukaan päätöksiä. Demonstraatio tarkoittaa havainnoillistamista eli näyttämällä opettamista. Demonstrointi voi tarkoittaa havainnoillista esittämistä, jolloin potilaalle näytetään, miten jokin asia tehdään. Havainnoillistaminen ei kuitenkaan aina riitä, sillä motoristen taitojen oppimiseen tarvitaan myös harjoittelua. Demonstraatio on hyvä keino motoristen taitojen ohjaamisessa potilaalle, mutta vaatii hoitajalta paljon aikaa. (Kyngäs ym. 2007: 74, 116- 119, 129-131.)

Ohjaussuhde rakentuu tasa-arvoisen ja taustatekijät huomioivan vuorovaikutuksen avulla (Kyngäs ym. 2007: 39; Kääriäinen 2008: 4). Asiakkaan taustatekijöiden huomioiminen edellyttää sitä, että ohjauksessa vuorovaikutus on kaksisuuntaista. Kun vuorovaikutus on kaksisuuntaista, vastuu vuorovaikutuksesta on hoitajalla, mutta tavoitteista neuvotellaan yhdessä asiakkaan kanssa. (Kyngäs ym. 2007: 39.) Ohjaussuhteen tulee olla luottamuksellinen, avoin ja tasavertainen (Sonninen ym. 2006: 20). Toimivan ohjaussuhteen edellytyksenä on se, että hoitaja ja potilas kunnioittavat toistensa asiantuntemusta. Potilas toimii oman elämänsä, hoitaja taas ohjausprosessin ja vuorovaikutuksen käynnistämisen asiantuntijana. (Kyngäs ym. 2007: 26, 39; Kääriäinen 2008: 4.) Toimivassa ohjaussuhteessa potilas ja hoitaja suunnittelevat yhdessä ohjauksen sisältöä, tavoitteita ja keinoja tavoitteiden saavuttamiseksi (Kyngäs ym. 2007: 39).

Ohjauksen tavoitteiden suuntainen arviointi on tärkeää. Hoitajan ja potilaan tulee yhdessä arvioida tavoitteiden saavuttamista ja ohjauksen toteutumista. (Kyngäs ym. 2007: 45.) Potilaalle annetaan positiivista palautetta onnistumisista, mutta kerrotaan myös rehellisesti ja avoimesti epäonnistumisista. Tavoiteltavaa on, että potilas tietää arvioinnin päättyessä, missä hän on onnistunut ja missä epäonnistunut sekä miten hän voi jatkaa itsensä hoitamista. (Kyngäs & Hentinen 2008: 107- 108.) Hoitajan tulee arvioida säännöllisesti omia ohjaustaitojaan sekä ohjauksen onnistumista, joko yksin tai potilaan kanssa. Tämä mahdollistaa hoitajan kehittymisen ohjaajana. (Kyngäs ym. 2007: 45.)

**Preoperatiivinen ohjaus** on tärkeä osa preoperatiivisen hoitotyön vaihetta, joka alkaa, kun leikkauspäätös on tehty. Hyvin ohjatut potilaat pelkäävät toimenpidettä vähemmän ja kotiu-

tuvat aiemmin kuin muut. Hyvä ohjaus myös vähentää pahoinvointia ja toimenpidekomplikaatioita. (Ahonen ym. 2012: 99- 100.) Monet potilaat ovat huolissaan tulevasta toimenpiteestä ja hoidosta kirurgisella osastolla, jolloin turvallisuudentunnetta lisäävä ohjaus on tärkeää. Potilaan riittävä tiedonsaanti vähentää ahdistusta ja edistää toipumista. (Palokoski 2007: 11-12.)

Potilaan tulee saada riittävästi ohjausta ennen sairaalaan tuloa sekä sairaalassaoloaikana, jotta ohjauksella olisi merkitystä terveyden ylläpitämiseen ja edistämiseen. Sairaalakäynnin aikainen ohjaus vaikuttaa muun muassa potilaiden tiedon määrään, elämänlaatuun, sairaalajan pituuteen sekä hoitoon sitoutumiseen. (Kääriäinen 2008: 6.) Kääriäisen ym. (2005) tutkimuksen mukaan ohjauksen saanti ennen sairaalan tuloa ja sairaalassa ollessa on osoittautunut riittämättömäksi sosiaalisen tuen osalta, ja ohjauksen saatavuus on jäänyt potilaiden omalle vastuulle (Kääriäinen, Kyngäs, Ukkola & Torppa 2005: 10, 13).

**Postoperatiivinen ohjaus** vastaa potilaan tarpeeseen saada tietoa jatkohoidosta kotona (Salminen-Tuomaala, Kaappola, Kurikka, Leikkola, Vanninen & Paavilainen 2010: 22). Kotiutukseen liittyvää ohjausta on pidetty puutteellisena. Kotiutusvaiheessa tulisi kertoa, mihin ottaa yhteyttä oireiden pahentuessa, sekä miten lääkityksen pitäisi vaikuttaa. (Sonninen ym. 2006: 19- 20.) Kotiutusvaiheessa tärkeitä ovat hoidonjälkeisten ongelmien tunnistaminen ja ennaltaehkäisy, joiden kohdalla ohjaus on jäänyt riittämättömäksi (Kääriäinen 2008: 6). Tutkimuksen mukaan potilaat ovat kokeneet saaneensa ohjausta huonoiten haavanhoidon komplikaatioista. Kotiutuneet potilaat ovat olleet huolissaan kivun hoidosta, lääkityksestä ja siitä, miten paljon he voivat harrastaa liikuntaa. Useat potilaat ovat joutuneet kotiuduttuaan ottamaan yhteyttä heitä hoitaneeseen yksikköön. Yhteydenottoa tarvinneiden potilaiden ongelmat ovat yleisimmin liittyneet kipuun ja haavanhoitoon. Potilaiden kotona selviytymistä voidaan edistää keskittämällä ennen kotiutusta annettavaa ohjausta niihin asioihin, jotka ovat aiheuttaneet potilaille kotiutumisen jälkeen eniten ongelmia. Potilaan riittävällä ohjauksella on myönteisiä vaikutuksia potilaan leikkauksenjälkeisten komplikaatioiden esiintymiseen, toipumisaikaan, kipuun ja normaaliin päivittäiseen toimintaan palaamiseen. (Palokoski 2007: 2, 13, 46, 48, 74.)

**Kirjalliset ohjeet** ovat tärkeässä asemassa potilaiden riittävässä tiedonsaannissa, ja niitä voidaan hyödyntää sekä ennen toimenpidettä että kotihoidon ohjauksessa. (Alaperä ym. 2006: 66; Kyngäs ym. 2007: 124.) Kirjallisten ohjeiden hyötynä on, että asiakas voi palata niihin ja tarkastaa niistä tietoja (Kyngäs ym. 2007: 124). Suullinen informaatio tulisikin aina antaa myös kirjallisena (Palokoski 2007: 12). Kirjallinen ohje annetaan usein suullisen ohjauksen yhteydessä, jolloin sitä voidaan käydä läpi ja tarkentaa yhdessä potilaan kanssa (Alaperä ym. 2006: 66). Kotihoito-ohjeiden antamisen jälkeen hoitajan on tärkeää tarkistaa potilaalta, ettei mikään asia jäänyt epäselväksi (Salminen-Tuomaala ym. 2010: 26).

Kirjallisten ohjeiden avulla pyritään välttämään ja korjaamaan väärinkäsityksiä, lieventämään potilaiden ahdistusta sekä antamaan tietoa saatavista palveluista. Olennaista on se, miten asiat on esitetty, sekä ohjeiden oikeellisuus. (Alaperä ym. 2006: 66- 67.) On tärkeää, että ohjausmateriaali vastaa potilaan tarpeita. Potilasohjausmateriaalissa käytetty kieli voi olla liian vaikeaselkoista ja edellyttää aiempaa tietoa aiheesta, jolloin potilaan tarpeet ohjauksen suhteen eivät toteudu (Alaperä ym. 2006: 67; Kyngäs ym. 2007: 125). Ohjeista voi myös puuttua potilaiden kannalta olennaisia asioita, vaikka ne sisältäisivätkin oikeaa ja asianmukaista tietoa sairaudesta (Alaperä ym. 2006: 67). Erityisen tärkeää on, että kirjalliset kotihoito-ohjeet on laadittu selkeästi, jotta potilaat ja heidän läheisensä ymmärtävät ne oikein (Salmi-nen-Tuomaala ym. 2010: 26).

Hyvä potilasohje kohdistetaan potilaalle puhuttelemalla tätä. Lukijan puhuttelu on erityisen tärkeää, kun ohje sisältää käytännön toimintaohjeita. Kirjallisissa ohjeissa olennaisin asia tuodaan esille ensin, jotta myös vain alun lukeneet potilaat saavat tärkeimmän tiedon. Kirjal-listen ohjeiden ulkoasu vaikuttaa merkittävästi ohjeen luettavuuteen ja selkeyteen. Taitto eli kuvien ja tekstien asettelu on lähtökohtana toimivalle ulkoasulle, ja ilmeisesti taitettu kirjal-linen ohje on selkeä ja ymmärrettävä. Värillinen ohje herättää enemmän huomiota kuin mus-tavalkoinen, joskin värit toimivat parhaiten, kun ne korostavat tärkeitä kohtia muuten musta-valkoisessa esitteessä. Marginaalin leveys, tekstin tasaus sekä kirjasimen tyyppi ja koko vai-kuttavat ulkoasuun. Yleisimmin käytetty fonttikoko on 12 ja kirjasintyypiksi valitaan helposti luettava ja taustastaan erottuva kirjasin, kuten Arial tai Times New Roman. Ohjeen tekstin voi jakaa useampaan palstaan, ja ihanteellinen rivin pituus on 55- 60 merkkiä. Leipätekstissä käytetään pienaakkosia, otsikot voi kirjoittaa suuraakkosin. Luettavuuden kannalta kirjallisen ohjeen tärkeimpiä osia ovat otsikot ja väliotsikot. Otsikon tulee olla lyhyt ja selkeä, ja sen voi erottaa muusta tekstistä esimerkiksi lihavoimalla tai käyttämällä suurempaa fonttikokoa. Al-leviivaukset heikentävät tekstin luettavuutta ja ulkoasua, joten niitä on syytä välttää. Jos ohje on kuvallinen, tulee huomioida, ettei kuvitus loukkaa ketään. Kuvituksessa on huomioi-tava myös tekijänoikeudet, joten kuvia ei voi käyttää ilman tekijän lupaa. (Alaperä ym. 2006: 67- 68.)

## 2 Tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyö on osa Peijaksen sairaalan ja Laurea-ammattikorkeakoulun yhteistä kehittämis-hanketta. Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa robottivusteiseen prostatektomiaan liittyvän ohjauksen riittävyyttä ja kehittämiskohteita puolistrukturoidun potilashaastattelun avulla. Tulosten pohjalta uudistamme RALP-potilaalle tarkoitetut kirjalliset ohjeet. Tutkimuk-sen tuloksia voidaan hyödyntää leikkauspotilaiden ohjauksen kehittämisessä potilaslähtöisem-pään suuntaan.

Opinnäytetyömme tulostavoitteena on saada tutkimustietoa potilaiden kokemuksista siitä, millaista ohjausta he ovat saaneet ennen leikkausta ja sen jälkeen. Tavoitteena on löytää potilaiden lähtökohdista olennaiset ohjaukseen liittyvät kehittämiskohteet, jotka huomioidaan potilasohjeiden kehittämisessä. Laatukriteereinä kirjallisissa ohjeissa ovat selkeys ja helppolukuisuus sekä selkeä jäsenitys eri asioiden kesken. Tutkimuksen osalta laatukriteerejä ovat reliaabelius, validius ja eettisyys sekä tutkimustieto selkeässä ja ymmärrettävässä muodossa. Tutkimustiedon tulee olla luotettavaa.

Toiminnallisia tavoitteita ovat tiedon leikkauspotilaan saamasta ohjauksesta välittäminen työelämään ja ohjauksen kehittäminen saadun tiedon pohjalta. Lisäksi toiminnallisena tavoitteena on uudistaa kirjalliset ohjeet, mistä hyötyvät sekä sairaanhoitajat että potilaat. Ominä oppimistavoitteinamme ovat uuden oppiminen leikkauspotilaiden ohjauksesta, robottivälineisen laparoskooppisen prostatektomian kulusta ja jälkihoidosta sekä vuorovaikutus- ja kommunikointitaitojen kehittäminen sekä työryhmän jäsenten kesken että yhdessä työelämän edustajien kanssa.

## 2.1 Tutkimuskysymykset

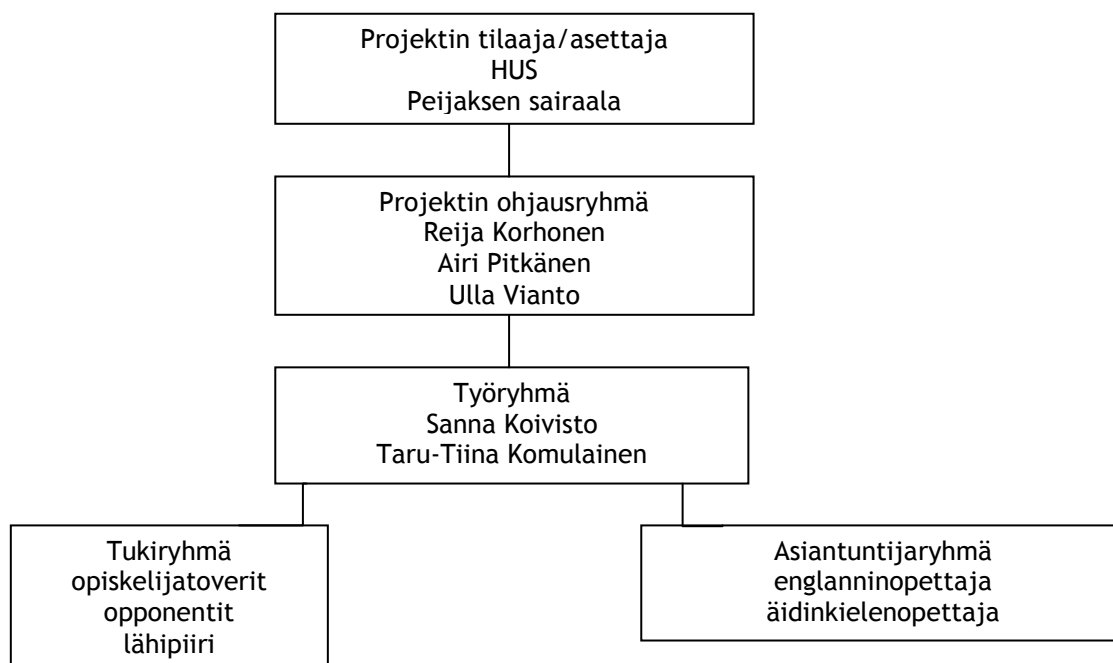
1. Miten robottivälineinen laparoskooppinen prostatektomia -potilas kokee saamansa suullisen ohjauksen?
2. Millainen on robottivälineinen laparoskooppinen prostatektomia -potilaan kokemus kirjallisesta materiaalista?
3. Miten robottivälineinen laparoskooppinen prostatektomia -potilas kokee kotona selviytymisen toimenpiteen jälkeen?

## 3 Projektin toteuttaminen

### 3.1 Projektiympäristö

Projektiympäristönämme toimii HYKS:n operatiiviseen toimialaan kuuluvan Peijaksen sairaalan osasto 132, jolla hoidetaan urologisia syöpäkirurgisia potilaita, sekä kirurgian poliklinikka 3. Osasto 132 on alun perin Meilahden sairaalassa sijaitseva urologinen osasto, joka on Meilahden sairaalan remontin vuoksi siirretty Peijaksen sairaalan tiloihin. Osastolla on 13 potilaspaikkaa ja osastolla työskentelee 14 sairaanhoitajaa, 1 osastonsihteeri ja 2 osastolääkärinä. Osastolääkäreistä yksi on sairaalalääkäri ja toinen on erikoistuva lääkäri. (Pitkänen 2012.) Kirurgian poliklinikalla työskentelee kuusi sairaanhoitajaa ja yksi perushoitaja sekä osastonsihteeri. HUS-servisiltä on ostettu laitoshuollon palvelut sekä vaatteiden kuljetus osastolle. Jonohoitaja varaa toimenpiteeseen tuleville potilaille tulotarkastuskäynnin yhdestä kahteen viikkoon ennen leikkauspäivää. Myös jälkitarkastus ja katetrin poisto hoidetaan kirurgian poli-

kllinikalla. (Vianto 2012.) HUS:n toiminnallinen organisaatio on kuvattu liitteessä 2. Projektiryhmä on kuvattu kuviossa 3.



Kuvio 3. Projektiryhmä.

### 3.2 Ajankäyttö

Tiistai 13.12.2011 tapaaminen ohjaavan opettajan kanssa Laurea-ammattikorkeakoulun tiloissa
Keskiviikko 11.1.2012 suunnitelmaseminaari Peijaksen sairaalan tiloissa
Maanantai 13.2.2012 tapaaminen ohjaavan opettajan kanssa Laurea-ammattikorkeakoulun tiloissa
Torstai 5.4.2012 käynti Peijaksen sairaalan päiväkirurgisella osastolla seuraamassa robottivusteinen laparoskooppinen prostatektomia
Perjantai 27.4.2012 tapaaminen ohjaavan opettajan kanssa Laurea-ammattikorkeakoulun tiloissa
Torstai 5.7.2012 tutkimuslupa myönnetty
Perjantai 7.9.2012 tapaaminen ohjaavan opettajan kanssa Laurea-ammattikorkeakoulun tiloissa
Maanantai 10.9.2012 ensimmäiset kolme haastattelua kirurgian poliklinikalla 3
Keskiviikko 12.9.2012 seuraavat kaksi haastattelua kirurgian poliklinikalla 3
Maanantai 17.9.2012 viimeiset kolme haastattelua kirurgian poliklinikalla 3



Maanantai 22.10.2012 tapaaminen ohjaavan opettajan kanssa Laurea-ammattikorkeakoulun tiloissa
Keskiviikko 24.10.2012 yhteistyöpalaveri osaston 132 hoitajien kanssa osastolla 132
Torstai 1.11.2012 tapaaminen ohjaavan opettajan kanssa Laurea-ammattikorkeakoulun tiloissa
Keskiviikko 21.11.2012 kirjallisten ohjeiden yhteistyöpalaveri osaston 132 hoitajien kanssa osastolla 132
Keskiviikko 9.1.2013 arvioiva seminaari Peijaksen sairaalan tiloissa

Kuvio 4. Toteutunut yhteistyö.

### 3.3 Menetelmät

Tutkimusmenetelmänä käytetään puolistrukturoitua teemahaastattelua. Puolistrukturoitu haastattelu, josta käytetään myös nimitystä puolistandardoitu haastattelu, on strukturoidun ja strukturoimattoman haastattelun välimuoto. Puolistrukturoidussa haastattelussa jokin näkökohta on lyöty lukkoon, mutta ei kaikkia. Tunnetuimpia puolistrukturoituja haastatteluja ovat teemahaastattelut, joissa käydään läpi tietyt teemat ja aihepiirit, mutta kysymysten muotoilu ja järjestys voivat vaihdella. (Tiittula & Ruusuvuori 2005: 11.) Tiedonkeruumenetelmäksi valittiin haastattelu, koska sen kohdalla potilaalla on mahdollisuus muotoilla vastauksensa itse, kun mukana on myös avoimia kysymyksiä. Lisäksi vastaajiksi suunnitellut henkilöt saadaan suuremmalla todennäköisyydellä mukaan tutkimukseen (Hirsjärvi, Remes & Saja-vaara 2010: 206). Haastattelut voidaan toteuttaa tietyssä aikataulussa, koska haastatteluaineistoa tarvitaan vähemmän verrattuna kyselylomakkeisiin. Kyselylomakkeiden kohdalla myös kato on suuri, koska kaikki vastaajat eivät palauta lomaketta. Haastatteluaineisto litteroidaan eli kirjoitetaan tekstiksi (Ronkainen, Pehkonen, Lindblom-Ylänne & Paavilainen 2011: 119) ja puretaan sisällönanalyysin avulla.

Sisällönanalyysin avulla pyritään kuvaamaan dokumenttien sisällöt sanallisesti, ja aineiston sisältämä informaatio järjestetään tiiviiseen ja selkeään muotoon. Ennen analyysin aloittamista määritellään analyysiyksikkö, joka voi olla yksittäinen sana, lause tai useita lauseita sisältävä ajatuskokonaisuus. (Tuomi & Sarajarvi 2009: 106, 108, 110.) Tutkimustehtävä ja aineiston laatu ratkaisevat analyysiyksikön valinnan (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001: 25).

Sisällönanalyysi voidaan jakaa aineistolähtöiseen, teorialähtöiseen sekä teoriaohjaavaan sisällönanalyysiin (Tuomi & Sarajarvi 2009: 95). Opinnäytetyössä käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Aineistolähtöinen laadullinen sisällönanalyysi sisältää kolme vaihetta: aineiston redusoinnin eli pelkistämisen, aineiston klusteroinnin eli ryhmittelyn sekä abstrahoinnin eli

teoreettisten käsitteiden luomisen (Tuomi & Sarajärvi 2009: 108). Aineiston pelkistämisessä aineistolle esitetään tutkimuskysymysten mukaisia kysymyksiä (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001: 26). Pelkistämisessä analysoitava informaatio voi olla esimerkiksi aukikirjoitettu haastatteluaineisto, josta on karsittu tutkimuksen kannalta epäolennaiset asiat. Aineiston klusteroinnissa aineistosta etsitään yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia. Samaa tarkoittavat käsitteet yhdistetään luokaksi, joka nimetään sen sisällön mukaisesti. Abstrahoinnissa erotetaan olennainen tieto, jonka perusteella muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Klusterointi on osa abstrahointiprosessia. Luokituksia yhdistellään niin kauan kuin se aineiston kannalta on mahdollista. Käsitteitä yhdistelemällä saadaan vastaus tutkimustehtävään. (Tuomi & Sarajärvi 2009: 109- 112.)

#### 4 Projektin tuotos

Opinnäytetyötä varten haastateltiin seitsemää robottiaivusteisen laparoskooppisen prostatektomian läpikäynyttä potilasta, kun potilaat tulivat postoperatiiviselle käynnille noin viikko toimenpiteen jälkeen. Tutkimuslupa (Liite 3) oli saatu HUS:ltä kaksi kuukautta aiemmin. Toimenpiteen luonteesta johtuen kaikki haastateltavat olivat ikääntyviä miehiä. Haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina kirurgian poliklinikalla 3 syyskuussa 2012. Haastattelutilana toimi vastaanottohuone, jossa haastattelut voitiin toteuttaa häiriöttä ja rauhallisesti. Haastattelutilanteesta pyrittiin luomaan mahdollisimman rento välttämällä ylimääräisiä häiriötekijöitä. Haastateltavat suhtautuivat tilanteeseen rauhallisesti eivätkä jännittäneet haastattelutilannetta. Haastattelujen aikana kävi ilmi, ettei osa potilaista ollut saanut saatekirjettä (Liite 4) tulohaastattelun yhteydessä. Haastateltavat lukivat kuitenkin saatekirjeen läpi ennen haastattelun aloittamista. Kaikki potilaat, joilta haastatteluun osallistumista kysyttiin, suostuivat haastatteluun. Kukaan ei myöskään keskeyttänyt tutkimukseen osallistumista missään vaiheessa. Ennen haastattelua haastateltaville selvitettiin tutkimuksen vapaaehtoisuus ja se, ettei kieltäytyminen vaikuta hoidon laatuun. Jokaiselta haastateltavalta pyydettiin kirjallinen suostumus tutkimukseen osallistumisesta (Liite 5).

Haastattelut toteutettiin ennalta laadittujen kysymysten (Liite 6) pohjalta. Kysymykset sisälsivät haastattelua helpottavia apukysymyksiä, joita muodostui myös haastattelutilanteen aikana. Osa haastateltavista vastasi oma-aloitteisesti tuleviin kysymyksiin, jolloin osa kysymyksistä jäi kysymättä. Osa haastateltavista taas oli vähäpuheisia ja vastasi vain esitettyihin kysymyksiin. Haastatteluista saatiin riittävästi tietoa opinnäytetyön aineistoksi.

Sisällönanalyysi aloitettiin kuuntelemalla haastattelunauhat useaan kertaan ja kirjoittamalla niiden sisältö sanatarkasti tietokoneelle Microsoft Word 2010 -ohjelman avulla. Käytetty fontti oli Trebuchet MS ja fonttikokona oli 10. Rivivälillä 1,5 tekstiä tuli yhteensä 17 sivua. Molemmat opinnäytetyöntekijät lukivat litteroinnit huolellisesti läpi moneen kertaan, jotta saa-

tiin yleiskuva aineistosta. Analyysiyksiköksi määriteltiin lausuma, joka voi olla sana, lause tai lauseen osa (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001: 26). Aineisto jaettiin analyysiyksikön mukaisiin osiin ja siitä karsittiin epäolennaiset asiat. Tämän jälkeen alkuperäisilmaukset pelkistettiin tiivistetypään muotoon. Pelkistetyistä ilmaisuista esimerkit taulukossa 1.

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus
”Kyllä kaikki se ohjeistus on mulle ainaki ollu riittävää ja ymmärrettävää.”	Riittävä ja ymmärrettävä ohjeistus
”Kyllä sieltä selvän saa ku lukee, että ei oo mitään kapulakieltä.”	Saa selvää, kun lukee
”Kyl se on niin selkokielistä asiaa ku lukee et jos ny vähän jotain ymmärtää.”	Asia on selkokielistä

Taulukko 1. Esimerkki alkuperäisilmausten pelkistämisestä.

Pelkistetyt ilmaukset tulostettiin ja leikattiin yksittäisiksi ilmaisuiksi, jotka sitten jaoteltiin aihepiiriin mukaan. Samansisältöisiä pelkistettyjä ilmauksia sisältävät alaluokat nimettiin sisällön mukaan. Esimerkki pelkistettyjen ilmauksien yhdistämisestä alaluokiksi taulukossa 2.

Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokka
Riittävä ja ymmärrettävä ohjeistus	Selkeä ja ymmärrettävä materiaali
Saa selvää, kun lukee	
Asia on selkokielistä	

Taulukko 2. Esimerkki alaluokkien muodostamisesta.

Alaluokat yhdistettiin sisällön mukaan yläluokiksi. Yläluokkien nimiksi muodostuivat käytännön harjoittelu, tiedonanto, ohjauksen toteutumiseen vaikuttavat tekijät, ohjaustilanne, kotona selviytymistä heikentävät tekijät, kotona selviytymistä edistävät tekijät, kotiutumisen jälkeinen ohjaus, positiiviset kokemukset kirjallisesta materiaalista sekä negatiiviset kokemukset kirjallisesta materiaalista. Esimerkki yläluokkien muodostamisesta taulukossa 3.

Alaluokat	Yläluokka
Riittävä materiaali	Positiiviset kokemukset kirjallisesta materiaalista
Selkeä ja ymmärrettävä materiaali	
Riittävä tieto	

Taulukko 3. Esimerkki yläluokkien muodostamisesta.

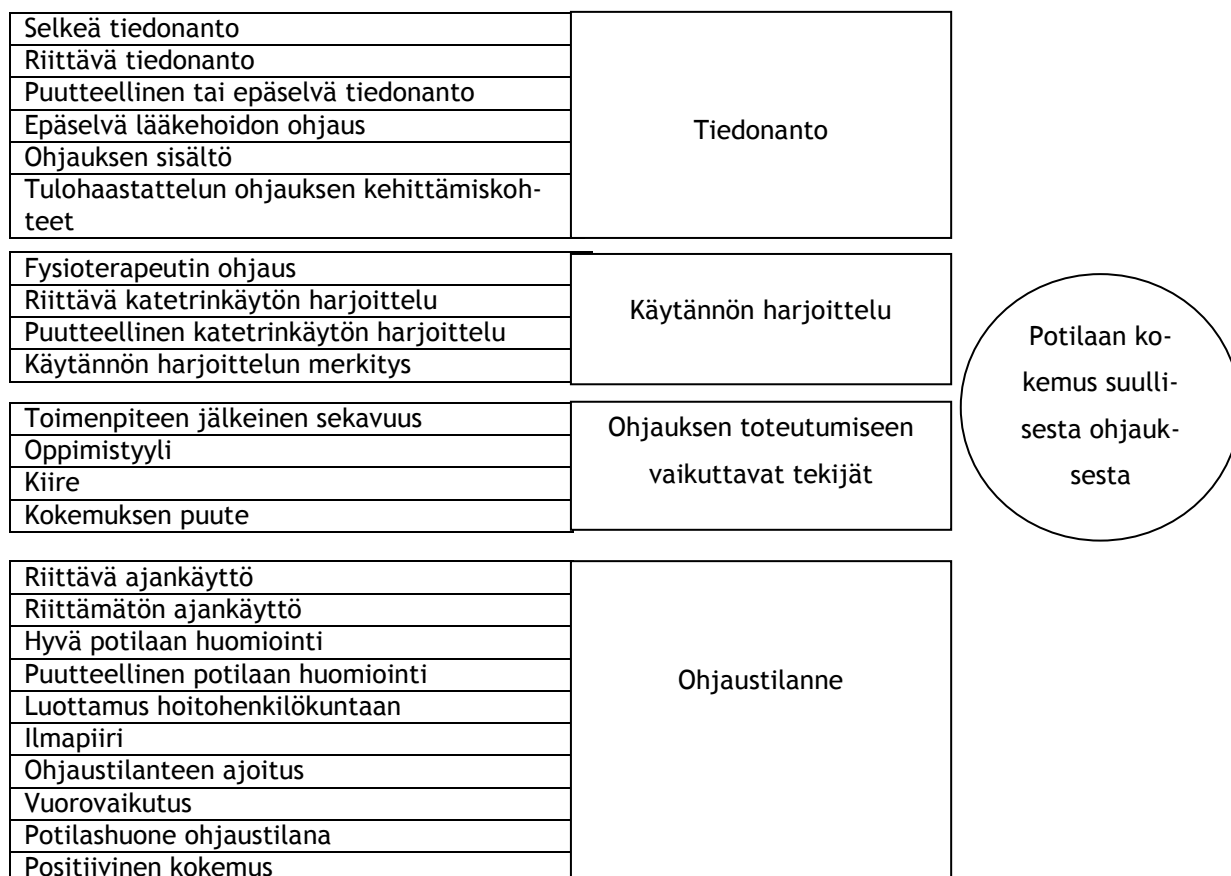
Yläluokat yhdistettiin pääluokiksi, joiden sisällöiksi muodostuivat potilaan kokemus suullisesta ohjauksesta, potilaan kokemus kotona selviytymisestä sekä potilaan kokemus kirjallisesta materiaalista. Esimerkki pääluokkien muodostamisesta taulukossa 4.

Yläluokat	Pääluokka
Positiiviset kokemukset kirjallisesta materiaalista	Potilaan kokemus kirjallisesta materiaalista
Negatiiviset kokemukset kirjallisesta materiaalista	

Taulukko 4. Esimerkki pääluokkien muodostamisesta.

#### 4.1 Potilaan kokemus suullisesta ohjauksesta

Suullisen ohjauksen toteutumiseen sisältyvät tiedonanto, käytännön harjoittelu, ohjauksen toteutumiseen vaikuttavat tekijät sekä ohjaustilanne. Alaluokat, yläluokat ja pääluokka on kuvattu kuviossa 5.



Kuvio 5. Potilaan kokemus suullisesta ohjauksesta.

##### 4.1.1 Tiedonanto

Tulohaastattelun ohjauksessa käsiteltiin pääosin toimenpidettä ja sen jälkeistä aikaa. Tiedonanto sekä tulohaastattelun että kotihoidon ohjauksessa oli suurimman osan mielestä selkeää ja riittävää. Vastaajat toivat esille hoitajien selkeän tiedonannon ja tehokkaan ohjauksen, jolloin asioita ei jäänyt epäselviksi. Lähes kaikki vastaajat totesivat saaneensa riittävästi tietoa toimenpiteestä. Suurin osa myös koki saaneensa riittävästi tietoa selviytyäkseen kotona toimenpiteen jälkeen. Osa vastaajista ei löytänyt tiedonannosta puutteita. Yksi vastaajista ei osannut sanoa, puuttuiko käsitellyistä aihealueista jotakin. Kolmen vastaajan mielestä myöhemmin ei tullut ilmi asioita, joita ei ollut käsitelty ohjauksessa.

*"Kyllä ne sielä opasti ja puhu että mitä tehään."*

*"Minä vaan kävin täällä ja tytöt vaan kerto mitä tehdään ja sillä selvä, ja ihan selkeästi ettei siin ollu mitään epäselvää."*

*"Seki oli mun mielestä riittävällä tehokkuudella ja tarmolla annettua et ei siinä jääny paljon epäselväksi kuinka toimitaan."*

*"...kyl mä sen ohjeistuksen sillä lailla sain selville, et kyl se sen verran niinku mitä maallikon tarvittee tietää ni se varmaan sai sen siitä."*

*"Ei siinä mitään yllätyksiä tullut vielä vastaan että kaikki on ollu tiedossa."*

Osa vastaajista koki tiedonannon puutteelliseksi tai epäselväksi. Katetriin liittyviä epäselvyyksiä olivat tavallinen katetrikivun voimakkuus sekä katetrin hankaluus. Näistä olisi toivottu lisää tietoa. Yksi vastaajista koki, ettei ollut saanut kotihoidon ohjausta lainkaan. Vastaajalle jäi epäselväksi, mitä ongelmia ponnistelu katetrin kanssa voi aiheuttaa. Myös toimenpiteen vaikutuksista erektiokykyyn sekä ravitsemuksesta olisi kaivattu lisätietoa. Lääkehoidon ohjauksen osa vastaajista arvioi epäselväksi puutteellisen tai ristiriitaisen ohjauksen vuoksi. Kolme vastaajista ei saanut vaikuttaa ohjauksen sisältöön.

*"...en mä oikeestaan muuta ku sitte jäin hämmästelemään ku siitä ei varotettu tosta että tuo katetri voi olla tosi... ei nyt tuskallinen mutta niinku kipee koko ajan et se haittaa."*

*"...ja tosissaan ku mulla tuli toi ummetus ni se, että en mä vielääkään tiedä et kuinka paljon sitä saa yleensäkään ponnistaa sillon ku menee vessaan ja mikä paikka siinä voi hajota sitten jos punnaa liikaa. Et onks se nää haavat vai mikäs sitten lieneekään."*

*"Nii ja sit sitä ei ollu mitenkään et mitä mä saan syödä."*

*"...ehkä siinä on semmosia asioita mitkä nyt sitten miehiä kiinnostaa nää potenssit, hermojen säilymiset ja muut."*

*"Oisko siinä ollu jotain ristiriitaa sitte et toiset sano että pidä se kipulääkitys päällä ja sitte lähties mulle sanottiin et ota kipulääkettä sit vaan niinku suurimpaan hätään. Et ehkä siinä oli semmonen ristiriita. Mä toimin sit niinku parhaaks näin."*

*"Ei semmosta kysyttykään ollenkaan, ei semmosesta ollu mitään puhetta."*

Suullisen ohjauksen osalta toivottiin, että tulohaastattelussa painotettaisiin leikkaukseen valmistautumisen merkitystä sekä käsiteltäisiin toimenpiteen jälkeisiä asioita, kuten mahdol-

lisiä komplikaatioita. Tulohaastattelun tapahtumista toivottiin etukäteen annettavaa ohjetta, jotta käyntiin voisi varautua paremmin. Tulohaastattelua varten ehdotettiin myös lomaketta, johon voisi kirjoittaa, mistä haluaa tietoa preoperatiivisella käynnillä. Katetrikivuista toivottiin annettavan tietoa jo ennen toimenpidettä.

*”Mut se pitäis niinku painottaa kuinka tärkeätä se on se valmistautuminen ennen leikkausta ja todella keskittyä siihen.”*

*”Mun mielestä siinä olis voinu puhua leikkauksen jälkeisistä asioista jutella sillä lailla et mitä komplikaatioita siinä voi tulla.”*

*”Voihan siinä olla joku semmonen et joku tällanen et mitä kaikkea siin tulee tapahtumaan siinä tulohaastattelussa.”*

*”Ja jos sitä tulohaastattelua varten pitää niinku jotakin olla kyselyitä valmiiks ja siihen liittyviä ehdotuksia et mitä mistä haluaa tietoa lisää.”*

*”Katetri on semmonen et se riippuu siitä missä asennossa se nyt sattuu olemaan ni mihin se ärsyttää ja mihin se painaa... Ni ehkä siihen vois samaan laittaa että varautukaa siihen että se on kivulias.”*

#### 4.1.2 Käytännön harjoittelu

Käytännön harjoitteluun kuuluivat fysioterapeutin ohjaus sekä katetrinkäytön harjoittelu. Fysioterapeutin antaman ohjauksen toi esille kaksi vastaajaa, jotka arvioivat sen hyväksi ja hyödylliseksi.

*”Ja sit noi just se sänkyynki ku menet ni sen ne opetti kyllä. Sen se opetti mun mielestä hyvin se, et miten sä menet ku siin ei saanu vatsalihaksia käyttää.”*

Ennen kotiutumista potilaan kanssa harjoitellaan katetripussin vaihtoa ja katetrin kanssa toimimista. Suurin osa arvioi katetrinkäytön harjoittelun osastolla riittäväksi. Kotona selviytymiseen katetrin kanssa vaadittavat tekniikat opetettiin osastolla hyvin ja suurin osa sai harjoitella katetripussin vaihtoa ja käyttöä hoitajan kanssa. Yksi vastaajista ei kokenut tarvetta harjoitteluun.

*”Kyllä siellä sellaset rutiinit ja tekniikat opetettiin sillä tavalla et niillä pärjäs.”*

*”Mut ei siin ollu mitään sellasta mitä nyt olis pitäny harjotella.”*

Osan vastaajista kokemusten mukaan katetrinkäyttöä ei harjoiteltu riittävästi hoitajan kanssa. Osa heistä ei ehtinyt harjoitella varhaisen kotiutumisen tai hoitajien kiireen vuoksi. Hoito-henkilökunnalta olisi kaivattu lisää tukea harjoitteluun.

*”Ja sitten just tätä pussinvaihtohommeliä ei neuvottu, et miten se tapahtuu, sanottiin vaan, että vaihdatte sitten sen pussin.”*

*”Mulle laitettiin se kotikatetri niin mä olisin halunnu saada itse laittaa sen siinä silmien alla, koska enhän mä muista sitä leikkauksen jälkeen ku mä meen et miten se nyt olikaan ja mites ne putket nyt meneekään ja noin.”*

*”Sitä heitettiin puolilta päiviltä pihalle nii ei siinä mitään harjoiteltu.”*

*”Mut hei kuvitteleeks ne hei et mä oon niin fiksu et mä älyän ite, mut en mä oo.”*

Katetrinkäytön harjoittelu koettiin tärkeäksi kotona selviytymisen kannalta. Vastaajien mielestä katetria olisi pitänyt opettaa käyttämään ”kädestä pitäen”, jotta potilaalle muodostuu käsitys siitä, miten katetrin kanssa toimitaan. Itse tekeminen ja toiminnan näkeminen olisivat vastaajien mielestä helpottaneet kotona selviytymistä.

*”Et ihan et käytännössä harjoitellaan tärkeet asiat. Se on niinku se. Käytännössä kädestä pitäen niinku lapselle. Se on se tärkein asia mitä mä tästä niinku sanoisin.”*

*”Olishan se ollu ihan selvä asia et kun sen ois tehny itse tai sillain saanu nähä sen et miten se tapahtuu sillai.”*

#### 4.1.3 Ohjauksen toteutumiseen vaikuttavat tekijät

Vastaajat kokivat, että ohjauksen toteutumiseen vaikuttivat kiire, toimenpiteen jälkeinen sekavuus, erilaiset oppimistyyliä sekä se, ettei vastaajilla ollut aikaisempaa kokemusta ohjauksesta sairaalassa. Kiire vaikutti vahvimmin ohjauksen toteutumiseen, koska kaikissa tilanteissa ohjausta ei kiireen vuoksi ehditty antaa riittävästi. Vastaajat suhtautuivat kuitenkin ymmärtävästi hoitohenkilökunnan kiireeseen.

*”Siel (osastolla) oli kova kiire. Mun mielestä siel on aika vähän noita.. mut mä ymmärrän sen että siel oli tosi kiire sillain.”*

*”Mut niil oli niin kova kiire, et ei ne varmaa ois kerenny tehdä sitä hommaa enää siinä ajas. Aika kiireistä oli juu, et kyl niil vissiin vähän liikaa duunei on et se on vissiin joka paikassa.”*

Toimenpiteen jälkeinen sekavuus vaikeutti ohjauksen onnistumista. Väsymys ja lääkitys heikensivät huomiokykyä ja kykyä muistaa ohjauksessa käsiteltyjä asioita.

*”Tai jos neuvottiin nii sit se meni siinä ylitte ku oli sen verran väsyny ja pököllässä et siit ei ollu sit mitään.”*

*”Maanantai-iltana kuuden maissa tuotiin osastolle ja olin vielä pöllästyny siinä.”*

Osa vastaajista toi esille potilaiden erilaiset oppimistyylit. Toisille riittää, että kerrotaan yleisesti, kuinka toimitaan, kun taas toiset tarvitsevat yksityiskohtaisempaa ohjausta. Tämä olisi hyvä huomioida ohjausta toteutettaessa.

*”Ehkä toiset oppii vähemmällä ja toisille pitää selittää enemmänkin taivuttaa rautalangasta mallia mutta. Et meit on niin monenlaisii.”*

Aiemman sairaalassa saadun ohjauskokemuksen puute tuli esille, kun vastaajia pyydettiin arvioimaan saamaansa ohjausta. Osa vastaajista koki, etteivät he ole sopivia arvioimaan ohjausta kokemuksen puutteen vuoksi. Osan mielestä ohjauksen arviointi ei kuulunut heidän toimenkuvaansa.

*”Eikä mulla oo vertailukohtaa koska mä en oo elämäni aikana koskaan sairaalassa ollu et mulla ei niinku oo mitään aikasempii kokemuksia eikä vertailukohtia.”*

#### 4.1.4 Ohjaustilanne

Suurimmalla osalla kotihoidon ohjaus annettiin leikkausta seuraavana päivänä. Yhdellä vastaajista kotihoidon ohjaus annettiin heti osastolle tultua, toinen koki, että kotihoidon ohjaustilanteita oli useita. Yhden vastaajan kokemuksen mukaan kotihoitoa koskeva ohjaus annettiin tulohaastattelussa. Kaikki vastaajat yhtä lukuun ottamatta pitivät ohjaukseen käytettyä aikaa riittävänä ja suurin osa piti ohjausta oikein ajoitettuna.

*”Sitä (kotihoitoa ohjausta) annettiin jo heti ku mä tulin osastolle. Heti, leikkauksen jälkeen heti.”*

*”Kyl he käytti mulle se aika mikä siinä oli siihen käyttöä.”*

*”Kyl mun mielestä oli ihan oikea hetki.”*



Yksi vastaajista koki, ettei ohjaukseen käytetty riittävästi aikaa. Kysymysten esittäminen olisi ollut hänen mielestään helpompaa, jos olisi ollut enemmän aikaa pohtia niitä.

*”Et ei se nyt ihan varmaan riittäny se aika kyllä. Et jos ois ollu aikaa mietiskellä niitä kysymyksiä nii ois voinu tulla lisääkin.”*

Lähes kaikki vastaajat kokivat, että hoitajat huomioivat potilaan hyvin. Yksi vastaajista toi esille luottamuksen hoitohenkilökuntaan. Kolmen vastaajan mielestä kirjalliset ohjeet käytiin hoitajan kanssa läpi. Heistä kaksi koki käytännön hyödylliseksi, ja toinen vastaajista totesi, että ohjeiden läpikäynnin vuoksi hänen ei tarvinnut ottaa jälkeensä yhteyttä osastolle.

*”Koko ajan oli hoitaja mukana vierellä ni kyllä et ihan et ne niinku tsemppas koko ajan siinä ja näin.”*

*”Olin skeptinen ku tiesin että Meilahti on kiinni ja tääl on varmaan kovat paineet ni mä aatelin et täällä on varmaan enemmän semmosta sisään-ulos mutta tääl on suhtauduttu hyvin, hyvin tuota rauhallisesti ja miellyttävästi.”*

*”Kun sitä luottaa ihminen sillai niinku et nyt on semmoses paikas et se on toisten hallinnassa tai sanotaan näin, että ne tietää mitä tekee.”*

*”Ei tarvinu soittaa jälkeensä sitte ja kysellä.”*

Osaa vastaajista ei heidän kokemuksensa mukaan huomioitu riittävästi. Hoitajien tiedonkulusa oli puutteita, mikä heijastui potilaaseen. Vastaaja koki, että hänen olisi itse pitänyt olla aktiivisempi, jotta asiat olisivat sujuneet paremmin. Kahden vastaajan mielestä kirjallisia ohjeita ei käyty läpi yhdessä hoitajan kanssa. Yksi vastaajista ei muistanut, käytiinkö ohjeita hoitajan kanssa läpi.

*”Iltatyöntekijä sanoo et joo aamulla se kundi antaa sit sulle kaikki ne paperit uudestaan. Ei se antanu mulle mitään papereita, koska mä unohdin kysyä.”*

*”Ku mä olin siellä lähdössä ja pyysin et sais jonku särkylääkkeen ja sit se toinen hoitaja lähti sitä hakemaan mut sitä ei sitten tullu. Sitten ku mä lähdin siitä pois ja mä kysyin sitten niitä lääkkeitä niin mulle sanottiin et tehän saitte ne jo ja mä sanoin sit et en mä kyllä niitä saanu enkä kyllä saanukaa.”*

Suurin osa arvioi ohjaustilanteen ilmapiirin hyväksi ja potilashuoneen riittäväksi ohjaustilaksi.

*”Aika lupsakka. Mukava ilmapiiri.”*

*”Mun mielestä atmosfääri oli ihan hyvä et ei mulla ollu mitään sitä vastaan.”*

*”Et siinä oli neljä potilasta samassa huoneessa, niis tiloissahan ne ohjeistettiin minut ja muutki eikä se varmaan ketään sitte häirinny, mä en usko et ketään häiritsi.”*

Yksi vastaajista koki, ettei ohjaustila ollut riittävän yksityinen. Yksityisyyden puute ohjaustilanteessa voi vaikeuttaa kysymysten esittämistä ja yksilöllisen ohjauksen toteutumista.

*”Ko se oli siel huonees mis on kolme muutaki potilasta et senhän vois antaa jossain intii-mimmässä paikassa niin sanotusti.”*

Vuorovaikutus ohjaustilanteessa oli pääosin kaksisuuntaista, avointa ja luottamuksellista. Kaikki vastaajat kokivat voineensa osallistua ohjaukseen kysymällä kysymyksiä ja osallistumalla keskusteluun. Osa vastaajista toi esille tyytyväisyytensä siihen, että heidän kysymyksiinsä vastattiin. Ohjaustyyli vaihtelivat, mutta potilaat olivat tyytyväisiä ohjaustilanteen vuorovaikutukseen.

*”Kyllä siinä sai osallistua keskusteluun mun mielestä ihan avoimesti että dialogia juu, kyllä.”*

*”Joo sai kysyä ihan vapaasti jos keksi jotain kysyttävää.”*

*”...ja vastaukset tuli myös, ne tuli ku apteekin hyllyltä.”*

*”No mun mielestä siinä oli semmonen napakka, vähän semmonen opettajamainen ote niinku pitää tietty ollaki.”*

#### 4.2 Potilaan kokemus kirjallisesta materiaalista

Potilaiden kokemukseen kirjallisesta materiaalista kuuluvat positiiviset ja negatiiviset kokemukset materiaalista sekä kirjallisen materiaalin kehittämis ehdotukset. Kirjalliseen materiaaliin liittyvät alaluokat, yläluokat ja pääluokka on kuvattu kuviossa 6.

Riittävä materiaali	Positiiviset kokemukset kirjallisesta materiaalista
Selkeä ja ymmärrettävä materiaali	
Riittävä tieto	
Epäselvä materiaali	Negatiiviset kokemukset kirjallisesta materiaalista
Hyödytön tieto	
Kehittämisehdotukset	Kirjallisen materiaalin kehittämisehdotukset

Potilaan kokemus kirjallisesta materiaalista

Kuvio 6. Potilaan kokemus kirjallisesta materiaalista.

#### 4.2.1 Positiiviset kokemukset kirjallisesta materiaalista

Kaikki vastaajat saivat kirjallista materiaalia sekä ennen toimenpidettä että sen jälkeen. Materiaalin määrä arvioitiin riittäväksi, joskin osan mielestä materiaalia tuli liikaakin. Neljän vastaajan kokemuksen mukaan kirjallinen materiaali oli selkeää ja ymmärrettävää. Kahden vastaajan mielestä asiavirheitä ei ollut.

*"Tulihan sitä paperii. Nyt on nurkat täyt lippuu ja lappuu. Tietokoneaika ja A4-saastaa tulee niin ettei sekaan mahdu."*

*"Kyllä kaikki se ohjeistus on mulle ainaki ollu riittävää ja ymmärrettävää."*

*"Kyl mä oon pärjänny ihan niillä ohjeilla mitä oli ettei oo mitään ollu."*

*"Ne on ollu mun mielestä aivan riittävät ettei siinä oo ollu mitään."*

*"Ei mitään (asiavirheitä), siis mun mielestä ei mitään."*

#### 4.2.2 Negatiiviset kokemukset kirjallisesta materiaalista

Kolme vastaajista koki materiaalin epäselväksi. Kirjallinen materiaali oli yhden vastaajan mielestä hyödytön.

*"En mä saa mitään selvää et siis ku mä luen jotain ohjeita tai nään jotain kuvia et laita se noin tee noin johto tulee tosta."*

*"Hoitaja näytti ne mitä niis on ja saa tutustua. Kyllä mä ne oon käyny kattonu läpi mut ei siel ollu mitään oleellista. Siel nyt oli pesuohjeita mutta kyllä tän ikänen ihminen nyt osaa pestä ittensä."*

#### 4.2.3 Kirjallisen materiaalin kehittämis ehdotukset

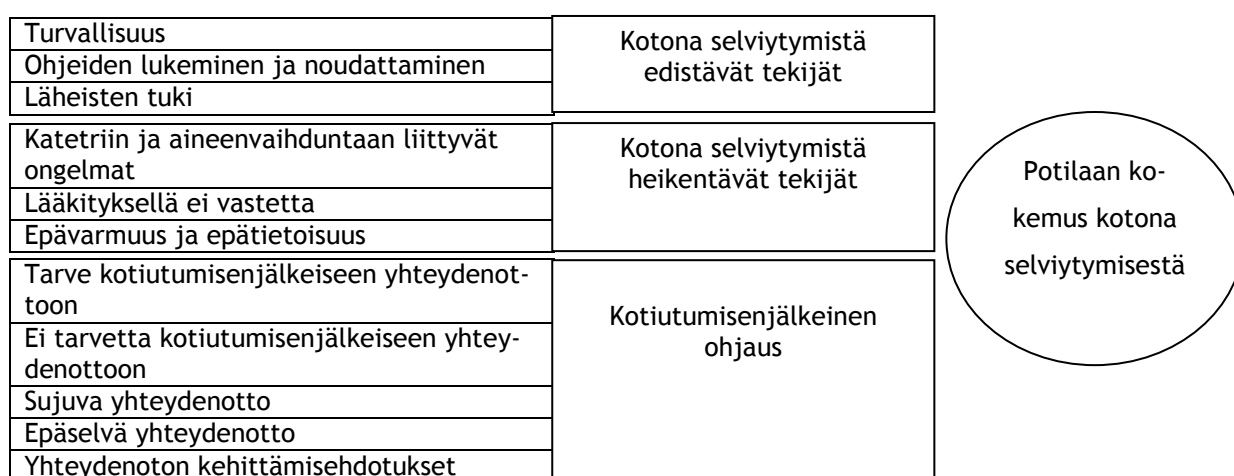
Kolme vastaajista ei toivonut muutoksia kirjalliseen materiaaliin. Yksi vastaajista ei ottanut kantaa, koska koki, ettei se kuulunut hänen toimenkuvaansa. Kirjalliseen materiaaliin vastaajat toivoivat ohjeita korvausten hakemisesta, kuvallisen ohjeen katettrin käsittelystä, ohjeen yleisistä komplikaatioista ja niiden hoidosta sekä tarkemmat toimintaohjeet.

*”En mä ota kantaa sellaseen, se ei kuulu mun toimenkuvaan. Mä oon vaan remontis täällä.”*

*”Ehkä siinäki vois olla hyvä semmonen paperi että missä ois kuvan kanssa se systeemi et se menee siitä läpittä ja sit se tulee tosta ulos.”*

#### 4.3 Potilaan kokemus kotona selviytymisestä

Kolme vastaajista koki selviytyneensä kotona ”ihan hyvin”. Yksi vastaajista totesi, ettei olisi pärjännyt kotona ilman vaimoaan. Kotona selviytymiseen sisältyvät kotona selviytymistä edistävät ja heikentävät tekijät sekä kotiutumisen jälkeinen ohjaus. Kotona selviytymiseen liittyvät alaluokat, yläluokat ja pääluokka on kuvattu kuviossa 7.



Kuvio 7. Potilaan kokemus kotona selviytymisestä.

##### 4.3.1 Kotona selviytymistä edistävät tekijät

Kotona selviytymistä edistäviin tekijöihin kuuluvat kodin turvallisuus, läheisten tuki sekä ohjeiden lukeminen ja noudattaminen. Ennen toimenpidettä tulisi miettiä, mitä muutoksia kotiympäristöön tulee tehdä leikkauksen jälkeistä aikaa varten.

*”Ni kyllä se niinku se turvallisuussysteemi kyllä niihinki vois vähän kiinnittää huomiota. Et mitä kaikkee sul pitäis olla valmiina ku sä meet sinne himaan.”*

Osa vastaajista totesi selviytyneensä kotona läheisten avulla. Läheiset auttoivat kirjallisen materiaalin lukemisessa ja selventämisessä, katetrin kanssa toimimisessa sekä asioissa yleensä. Yhden vastaajan kokemuksen mukaan vaimo oli kotona selviytymisessä korvaamaton apu.

*”Sit vaimo on luku vielä (kirjallisia ohjeita) ja mä sille sanoin että selventää, jos se ymmärtää niissä jotakin muuta.”*

*”Sit vaimo laitto sen paikalleen silleen ja onneksi sitten oli paikalla siinä se.”*

*”Tietty sitte et jos ois yksin ni en mä ois pärjänny mutta tietty ku on oma vaimo kotona ni asiat hoituu.”*

Vastaajat kokivat ohjeiden lukemisen ja noudattamisen edistävän selviytymistään kotona.

*”Niitä (ohjeita) mä kyllä luinki tarkasti tai siis mä olen lukenut noi paperit monta kertaa läpitte ympäri.”*

*”Sitä vaan funtsitaan ja noudattelee mitä paperiohjeissa sanotaan ja mitä sairaanhoitaja ja lääkäri sanoo.”*

#### 4.3.2 Kotona selviytymistä heikentävät tekijät

Kotona selviytymistä heikentäviin tekijöihin kuului epävarmuus ja epätietoisuus, katetriin ja aineenvaihduntaan liittyvät ongelmat sekä lääkityksen tehottomuus. Osa vastaajista koki epävarmuutta aikaisesta kotiutumisesta johtuen. Vastaajat eivät olleet osanneet varautua katetrin hankaluuteen ja kokivat epävarmuutta katetrin kanssa toimimisesta. Yksi vastaajista koki, ettei kaikki ole hyvin.

*”Ja se että sairaalasta siis ihan liian aikases vaihees meni pois koska mua sattuu niin hirveesti.”*

*”Et tämmöst se oli sitte kokeilemista.”*

*”Ja kyllähän siinä vähän välillä oli semmonen fiilinki et ei nyt kaikki oo ihan kohdillaan, mut tässä nyt kuitenkin ollaan.”*

#### 4.3.3 Kotiutumisenjälkeinen ohjaus

Kolmen vastaajan ei tarvinnut ottaa yhteyttä osastolle kotiutumisen jälkeen. Kolme vastaajaa tarvitsi vähintään yhden kotiutumisen jälkeisen yhteydenoton osastolle. Yhteydenoton syitä olivat ummetus, katetrikipu, katetrin toiminta, ohivuoto ja lääkärintodistuksen tarve.

*”Ja sitten oli sen katetrikivun kanssa elämisestä.”*

*”Sitten mä soitin perjantaiamuna osastolle sen takii kun tuli semmosta ohivuotoa sitten sen jälkeen kun pääsi veskiin.”*

Vastaajat kokivat yhteydenoton olleen sujuvaa. Kysymyksiin saatiin tarvittavat vastaukset ja toimintaohjeet. Yksi vastaajista kuitenkin koki, että osastolle ei saisi soittaa.

*”Tänne on saanu kiitettävästi soittaa ja täältä on saatu kiitettävästi vastauksia.”*

*”Ja mä soitin osastolle ja siellä oli hirmu hyvä palaute. Mut jotkut asiat tuli sillä lailla et tuli semmonen tunne et tää on turha soittaa tänne niinku joka tunnin välein, koska enhän mä soittanu ku sen yhden kerran. Nii et tota kyllä sinne voi soittaa.”*

Yhden vastaajan mielestä oli epäselvää, mihin voi ottaa yhteyttä kotiutumisen jälkeen. Kehittämisehdotukseksi mainittiin henkilö, joka olisi kotiutuneita leikkauspotilaita varten.

*”Olis hyvä ku olis joku paikka mihin vois ihan soittaa suoraan, että ku sanottii et soittakaa sinne soittakaa tänne soittakaa osastolle.”*

*”Mut se on jotenki et siihen vois kehittää semmosen vastaanoton ihmisen joka on just näitä ihmisiä varten.”*

#### 4.4 Uudistetut kirjalliset ohjeet

Osittain potilaiden kehittämisehdotusten ja hoitajien näkemyksen perusteella uudistettiin potilaille postitse lähetettävä ohje. Aiemman version pohjalta ohjeesta muokattiin jäsenyykseltään ja ulkoasultaan selkeämpi. Ohjeesta pyrittiin tekemään potilaan kannalta ymmärrettävämpi, joten ohjeen sisältämää tietoa tiivistettiin, potilaiden kannalta epäolennaista tietoa karsittiin ja potilaiden toivomia tietoja lisättiin mahdollisuuksien mukaan. Ohjeen kieltä yksinkertaistettiin ja selkeytettiin, jotta potilaat ja heidän läheisensä ymmärtäisivät ohjeen oikein. Uudistetut ohjeet ovat liitteenä (Liite 7).

## 5 Johtopäätökset

Suullinen ohjaus arvioitiin pääosin selkeäksi ja toimenpiteestä saatiin riittävästi tietoa. Tämä tukee aiempia tutkimuksia, joiden mukaan suurin osa potilaista sai riittävästi ohjausta hoitoon valmistautumisesta ja hoitotoimenpiteestä (Alaloukusa-Lahtinen 2008: 26; Kääriäinen ym. 2005: 12; Salminen-Tuomaala ym. 2010: 24). Osan mielestä myös kotona selviytymiseen tarjottiin tarvittava tieto. Hovin (2003) tutkimuksen mukaan suurin osa potilaista sai tietoa, joka auttoi heitä kotona selviytymisessä (Hovi 2003: 42). Puutteellinen tai epäselvä tiedonanto koski useimmin katetrinkäyttöä tai lääkitystä. Aiemmassa tutkimuksessa todettiin, että leikkauksesta, kivusta ja kipulääkityksestä olisi kaivattu enemmän tietoa (Hovi 2003: 53). Palokosken (2007) mukaan potilaat kokivat tietävänsä vähiten haavanhoidosta ja mahdollisista komplikaatioista (Palokoski 2007: 43). Käytännön harjoittelu yhdessä hoitajan kanssa koettiin tärkeäksi. Osan vastaajista kohdalla katetrinkäyttöä ei kuitenkaan harjoiteltu käytännössä. Syitä tähän olivat potilaan varhainen kotiutuminen ja hoitohenkilökunnan kiire.

Kotihoidon ohjaus annettiin yleensä toimenpidettä seuraavana päivänä. Toimenpiteen jälkeinen väsymys ja lääkitys vaikeuttivat ohjaukseen osallistumista sekä kykyä muistaa ohjauksessa käsiteltyjä asioita. Ohjaukseen käytettyä aikaa pidettiin pääosin riittävänä ja ohjaustilanteen ilmapiiriä mukavana. Myös aiemman tutkimuksen mukaan ohjaukseen käytetty aika oli riittävä (Alaloukusa-Lahtinen 2008: 40). Aiemmissa tutkimuksissa ilmapiiri arvioitiin miellyttäväksi ja luotettavaksi (Alaloukusa-Lahtinen 2008: 33; Kääriäinen ym. 2005: 12). Ohjaus toteutettiin neljän hengen potilashuoneessa, minkä osa potilaista koki kiusalliseksi. Yleisimmin hoitajat huomioivat potilaan hyvin ja suhtautuivat työhönsä positiivisesti. Osa potilaista koki hoitajien tiedonkulun puutteiden vaikuttaneen heidän hoitoonsa. Kaikki potilaat saivat osallistua ohjaukseen esittämällä kysymyksiä ja olivat tyytyväisiä heidän ja hoitohenkilökunnan väliseen vuorovaikutukseen. Aiemmissa tutkimuksissa suurin osa vastaajasta arvioi, että ohjauksen vuorovaikutteisuus toteutui ja lähes kaikilla potilailla oli ollut mahdollisuus kysymysten esittämiseen (Alaloukusa-Lahtinen 2008: 35-36; Kääriäinen ym. 2005: 12). Toisen tutkimuksen mukaan lähes kaikki potilaat kokivat saaneensa ohjaustilanteissa kysymyksiinsä vastaukset (Hovi 2003: 35).

Kaikki potilaat saivat kirjallista materiaalia, joka koettiin pääosin selkeäksi ja ymmärrettäväksi. Aiempien tutkimusten mukaan suurin osa potilaista arvioi kirjallisen materiaalin kieleltään ymmärrettäväksi ja ulkoasultaan selkeäksi (Alaloukusa-Lahtinen 2008: 43; Alho & Nylund 2002: 63; Salminen-Tuomaala ym. 2010: 25). Materiaalia oli sopivasti ja osan potilaista mukaan liiankin paljon. Kirjallinen materiaali sisälsi riittävästi tietoa kotona selviytymiseen. Kirjallinen materiaali koettiin osin epäselväksi ja osaa tiedosta pidettiin hyödyttömänä.

Vastaajista kolme selviytyi kotona hyvin ilman ongelmia. Aiempien tutkimusten mukaan suurimmalla osalla potilaista ei ilmennyt ongelmia kotona leikkauksen jälkeen (Alho & Nylund 2002: 66; Hovi 2003: 43). Kotona selviytymistä edistivät läheisten tuki sekä sairaalasta saadut ohjeet. Aiemmassa tutkimuksessa lähes kaikki potilaat uskoivat selviytyvänsä saamiensa ohjeiden avulla kotona hyvin (Salminen-Tuomaala ym. 2005: 24). Kotona selviytymistä heikentäviin tekijöihin kuuluivat epävarmuus ja epätietoisuus, katetriin ja aineenvaihduntaan liittyvät ongelmat sekä kipulääkityksen tehottomuus. Aiemman tutkimuksen mukaan yli puolella potilaista oli ongelmia kipujen hallinnassa (Hovi 2003: 37). Kolme potilasta otti vähintään kerran yhteyttä osastolle kotiutumisen jälkeen. Yhteydenoton syitä olivat ummetus, katetrikipu, katetrin toiminta, ohivuoto ja lääkärintodistuksen tarve. Palokosken (2007) tutkimuksen mukaan yleisimmät yhteydenoton syyt olivat kipu ja haavanhoito (Palokoski 2007: 46). Yhteydenoton osoite oli osittain epäselvä, mutta yhteydenotto oli yleisimmin sujuvaa ja hyödyllistä.

Kehittämiskohteiksi potilaat toivoivat lyhyempiä odotusaikoja kirurgian poliklinikalla. Tulohaastattelun kohdalla toivottiin, että siinä korostettaisiin leikkaukseen valmistautumista ja käsiteltäisiin myös leikkauksenjälkeisiä asioita, kuten mahdollisia komplikaatioita. Tulohaastattelun tapahtumista toivottiin etukäteen annettavaa ohjetta sekä lomaketta, johon voisi kirjoittaa kysymyksiä tulohaastattelua varten. Lääkehoidon ohjauksesta toivottiin selkeämpää ja yhtenäisempää. Kirjalliseen materiaaliin potilaat toivoivat ohjeita korvausten hakemisesta. Aiemman tutkimuksen mukaan lähes puolet vastaajista sai oman arvionsa mukaan riittämättömästi ohjausta sosiaalietuuksista, kuten Kelan korvauksista (Alaloukusa-Lahtinen 2008: 29). Yleisistä komplikaatioista ja niiden hoidosta toivottiin lisätietoa. Lähes viidennes aiemman tutkimuksen vastaajista kokivat saaneensa riittämättömästi ohjausta hoidon jälkeisistä ongelmista (Alaloukusa-Lahtinen 2008: 26). Potilaat olisivat kaivanneet selkeämpiä toimintaohjeita siitä, mihin mennä ja mitä tehdä. Kehittämisehdotuksena oli lisäksi kuvallinen ohje katetrin käsittelystä. Kotiutumisenjälkeisen yhteydenoton osalta toivottiin henkilöä, joka olisi yhteydenottoa tarvitsevien potilaiden käytettävissä. Jatkotutkimuskohteena voisi olla hoitajan näkökulma RALP-potilaan ohjaukseen sekä tarkempi tutkimus kirjallisen materiaalin sisällöstä ja hyödyllisyydestä kirurgiselle potilaalle.

## 6 Projektin arviointi

### 6.1 Pohdinta

Valitsimme aiheeksi RALP-potilaiden ohjauksen, koska olemme kiinnostuneita ohjauksesta ja sen kehittämisestä. Teimme opinnäytetyön yhteistyössä Peijaksen sairaalan osaston 132 sekä kirurgian poliklinikan 3 kanssa. Molempien yhteistyötahojen edustajilta saimme tietoa yksiköiden toiminnasta ja resursseista, jotka taustoittivat opinnäytetyötä. Yhteistyössä kirurgian



poliklinikan 3 kanssa pääsimme myös näkemään robottiaivusteisen laparoskooppisen prostatektomian.

Koska tiedonkulku eri yhteistyökumppaneiden välillä ei toiminut, haastatteluajkojen ja -paikkojen sopiminen oli alkuun haastavaa, eivätkä haastatteluille etukäteen asettamamme aikataulutavoitteet täysin toteutuneet. Osaston 132 kiireiden vuoksi osastonhoitaja ehdotti, että hoitaisimme haastattelut kirurgian poliklinikan henkilökunnan kanssa. Kirurgian poliklinikan 3 henkilökunnan avustuksella saimme sovittua haastateltavat sekä haastattelutilat ja hoidettua haastattelut sujuvasti nopealla aikataululla. Yhteistyö heidän kanssaan oli helppoa ja miellyttävää, ja saimme heiltä paljon tukea opinnäytetyömme tekemiseen. Kirjallisia ohjeita uudistettaessa osaston 132 henkilökunta on ollut suureksi avuksi esimerkiksi tuomalla hoitajan näkökulmaa ohjeiden sisältöön ja ulkoasuun. Koemme vuorovaikutustaitojemme kehittyneen opinnäytetyöprosessin aikana. Lisäksi olemme saaneet paljon tietoa RALP-potilaan hoidosta ja hoitoprosessista sekä ohjauksen toteutumisesta.

Opinnäytetyöntekijöiden välinen yhteistyö on sujunut loistavasti. Yhteistyö on ollut joustavaa ja mutkatonta. Yhdessä sopimamme aikataulut ovat pitäneet ja molemmat ovat olosuhteet huomioon ottaen osallistuneet tasapuolisesti opinnäytetyön tekemiseen. Aikataulujen sopiminen on ollut haasteellista erilaisten elämäntilanteiden vuoksi, mutta yhteistyössä olemme päässeet asettamiimme tavoitteisiin. Olemme aika ajoin kokeneet epävarmuutta ja turhautumista työn edistymisestä, koska kokemusta laajan tutkimuksen tekemisestä ei ole. Haastavia vaiheita kohdatessa olemme kannustaneet ja motivoineet toisiamme eteenpäin, jolloin into työn tekemiseen on taas palannut.

## 6.2 Luotettavuus ja eettisyys

Eettisiä kysymyksiä opinnäytetyötä koskien ovat muiden muassa haastateltavan oikeudet, joita ovat riittävä tiedonsaanti tutkimuksesta ja sen tarkoituksesta, oikeus kieltäytyä haastattelusta ja keskeyttää tutkimus niin halutessaan, oikeus saada tietää oikeutensa ja velvollisuutensa rehellisesti ja oikeudenmukaisesti kerrottuna sekä koko prosessin ajan säilyvä anonymiteetti. Haastateltavilta on myös pyydettävä suostumus tutkimukseen osallistumisesta. Muita tutkimukseen mahdollisesti liittyviä kysymyksiä ovat tutkimuskohteen valinta, hyvä tieteellinen käytäntö ja tietolähteiden valinta. Tutkimusaihe ja tutkimusongelman määrittely ei saa loukata ketään tai sisältää väheksyviä oletuksia jostain potilasryhmästä. Hyvän tieteellisen käytännön loukkaukset voidaan jakaa kahteen ryhmään, piittaamattomuuteen hyvästä tieteellisestä käytännöstä sekä vilppiin tieteellisessä käytännössä. Tietolähteiden valinnalla taas on suuri merkitys tutkimuksen yleisen ja eettisen luotettavuuden kannalta, ja ne on pyrittävä valitsemaan niin, että tutkimuksesta aiheutuu tutkittaville mahdollisimman vähän haittaa. (Leino-Kilpi & Välimäki 2008: 364- 367.)

Kävimme seuraamassa robottiaivusteisen laparoskooppisen prostatektomian päiväkirurgisella osastolla sekä tutustumassa kirurgian poliklinikkaan 3 huhtikuussa 2012, jotta saimme käsityksen potilaan hoitoprosessista. Koska osastonhoitaja ei ollut paikalla, emme käyneet tutustumassa osastoon 132, vaan saimme tiedot osaston toiminnasta sähköpostitse. Ennen haastattelujen toteutusta saimme HUS:ltä tutkimusluvan. Haastateltavat potilaat valittiin satunnaisesti postoperatiivisten käyntipäivien perusteella. Kirjallisten ohjeiden osalta pidimme pienimuotoisen yhteistyöpalaverin osaston 132 henkilökunnan kanssa lokakuussa 2012. Saimme henkilökunnalta ohjeita ja toiveita kirjallisen materiaalin kehittämiseen, mikä antoi suuntaa kehittämistyölle. Marraskuussa 2012 pidimme toisen yhteistyöpalaverin osaston 132 henkilökunnan kanssa, jossa esittelimme uudistetut kirjalliset ohjeet ja tiedustelimme mielipiteitä uusista ohjeista.

Potilaille jaettiin saatekirje tutkimuksesta noin kahta viikkoa ennen haastattelua, jotta he voivat tutustua tutkimuksen tarkoitukseen ja sisältöön. Saatekirjeessä oli selvitetty tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus sekä se, ettei osallistumatta jättäminen vaikuta hoitoon millään tavalla. Haastateltujen anonymiteetti säilyi koko tutkimuksen ajan, ja opinnäytetyön valmistuttua kaikki haastateltuja koskeva materiaali hävitettiin asianmukaisesti. Luotettavuutta lisää se, että tutkijoita oli kaksi, joista molemmat osallistuivat aineiston litterointiin ja analysointiin. Opinnäytetyöprosessin aikana laadullinen tutkimusmenetelmä on tullut tutuksi, ja koemme kehittyneemme ammatillisesti.

Osa potilaista ei ollut tulohaastattelun yhteydessä saanut saatekirjettä, vaan sai sen vasta ennen haastattelua. Voi olla, että saatekirjeessä olleet tiedot ovat jääneet epäselviksi niille potilaille, jotka saivat saatekirjeen vasta hiukan ennen haastattelutilannetta. Haastattelujen aikana ilmeni, etteivät potilaat välttämättä tienneet, mitä ohjauksella tarkoitetaan. Suuri osa potilaista pyysi haastattelutilanteessa tarkennusta siihen, mitä ohjaus on. Potilaat kertoivat hoitajan antaman ohjauksen lisäksi myös lääkärin ja fysioterapeutin antamasta ohjauksesta, jolloin tutkijoille jäi epäselväksi, kenen antamaa ohjausta milloinkin tarkoitetaan. Nämä epäselvyydet vaikuttavat osaltaan saatuihin tutkimustuloksiin ja voivat heikentää niiden luotettavuutta.

Toisen opinnäytetyöntekijän elämäntilanteesta johtuen haastattelut toteutettiin vain yhden opinnäytetyöntekijän läsnä ollessa, mikä vähentää luotettavuutta. Kummallakaan opinnäytetyöntekijöistä ei ole aiempaa kokemusta laadullisen tutkimuksen tekemisestä, mistä johtuen tutkimuskysymysten asettaminen oli haastavaa. Analyysivaiheessa aineistosta nousi esille uusi teema, jota ei käsitelty tutkimuskysymyksissä. Jouduimme muokkaamaan tutkimuskysymyksiä saatujen tulosten perusteella, mikä herättää kysymyksen haastattelukysymysten tarkoituksenmukaisuudesta.

Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää käytännön hoitotyössä kiinnittämällä ohjauksessa huomiota tutkimuksessa esiin tulleisiin kehittämiskohteisiin, jolloin ohjauksesta saadaan potilaslähtöisempää. Opinnäytetyön tuotokseen kuuluvat kirjalliset ohjeet helpottavat potilaiden kotona selviytymistä ja mahdollisesti vähentävät kotiutumisenjälkeisiä yhteydenottoja osastolle.

## Lähteet

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2012. Kliininen hoitotyö. Sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoito. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Alaloukusa-Lahtinen, J. 2008. Ohjaus kirurgisen potilaan arvioimana. Pro gradu -tutkielma. Oulun yliopisto.

Alaperä, P., Antila, E., Blomster, K., Hiltunen, H., Honkanen, A., Honkanen, R., Holtinkoski, T., Konola, A., Leiviskä, H., Meriläinen, S., Ojala, H., Pelkonen, E. & Suominen, A. 2006. Kirjallinen potilasohjaus. Teoksessa K. Lipponen, M. Kääriäinen & H. Kyngäs (toim.) Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja. Publication Series of the Northern Ostrobothnia Hospital District 4/2006, 66- 68. Viitattu 28.8.2012.  
[http://www.ppshp.fi/instancedata/prime\\_product\\_julkaisu/npp/embeds/16315\\_4\\_2006.pdf](http://www.ppshp.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16315_4_2006.pdf)

Alho, S. & Nylund, A. 2002. Päiväkirurgisen potilaan kirjalliset hoito-ohjeet. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto.

Bolenz, C., Gupta, A., Hotze, T., Ho, R., Cadeddu, J.A., Roehrborn, C.G. & Lotan, Y. 2010. Cost Comparison of Robotic, Laparoscopic, and Open Radical Prostatectomy for Prostate Cancer. *European Urology* 57, 453- 458. Viitattu 31.8.2012.  
[http://www.urosourc.com/fileadmin/European\\_Urology/Top\\_10/2010/March/Bolenz.pdf](http://www.urosourc.com/fileadmin/European_Urology/Top_10/2010/March/Bolenz.pdf)

Hautakangas, A-L., Horn, T., Pyhälä-Liljeström, P. & Raappana, M. 2003. Hoitotyö päiväkirurgisella osastolla. Helsinki: WSOY.

Hirsjärvi, S., Remes, P., & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2003. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. 4. uudistettu painos. Helsinki: WSOY.

Hovi, P-R. 2003. Lyhythoitoisten potilaiden kokemuksia leikkauksen jälkeen annetusta ohjauksesta ja selviytymisestä kotona. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto.

Hu, J., Gu, X., Lipsitz, S., Barry, M., D'Amico, A., Weinberg, A. & Keating, N. 2009. Comparative Effectiveness of Minimally Invasive vs Open Radical Prostatectomy. *JAMA* 302 (14), 1557-1564. Viitattu 31.8.2012.  
<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=184709>

Kyngäs, H. & Hentinen, M. 2008. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki: WSOY.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

Kääriäinen, M. 2008. Potilasohjauksen laatu. Teoksessa K. Lipponen, L. Ukkola, O. Kanste & H. Kyngäs (toim.) Erikoissairanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyönä tuotetut potilasohjauksen toimintamallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja. Publication Series of the Northern Ostrobothnia Hospital District 3/2008, 3- 6. Viitattu 28.8.2012.  
[http://www.ppshp.fi/instancedata/prime\\_product\\_julkaisu/npp/embeds/16314\\_3\\_2008.pdf](http://www.ppshp.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16314_3_2008.pdf)

Kääriäinen, M., Kyngäs, H., Ukkola, L. & Torppa, K. 2005. Potilaiden käsityksiä heidän saamistaan ohjauksesta. *Tutkiva Hoitotyö* 3(1), 10- 15.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Viitattu 6.9.2012.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=laki%20potilaan%20asemasta%20ja%20oikeuksista>

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa S. Janhonen & M. Nikkonen (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 2. uudistettu painos. Helsinki: WSOY.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2008. Etiikka hoitotyössä. 5. uudistettu painos. Helsinki: WSOY.

Liukkonen, K. 2009. Potilasohjaus. Laastari. Etelä-Savon sairaanhoitopiirin henkilöstölehti 1/2009. Viitattu 13.6.2012

C:\Users\HP-käyttäjä\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary Internet Files\Content.IE5\ZLS1IG8Y\LAASTARI\_1\_2009.pdf

Mottrie, A., Van Migem, P., De Naeyer, G., Schattemann, P., Carpentier, P. & Fonteyne, E. 2007. Robot-Assisted Laparoscopic Radical Prostatectomy: Oncologic and Functional Results of 184 Cases. *European Urology* 52, 746- 751. Viitattu 31.8.2012.  
[http://urosourc.com/fileadmin/European\\_Urology/european\\_urology/PIIS030228380700231X.pdf](http://urosourc.com/fileadmin/European_Urology/european_urology/PIIS030228380700231X.pdf)

Murphy, D., Kerger, M., Crowe, H., Peters, J. & Costello, A. 2009. Operative Details and Oncological and Functional Outcome of Robotic-Assisted Laparoscopic Radical Prostatectomy: 400 Cases with a Minimum of 12 Months Follow-up. *European Urology* 55, 1358- 1367. Viitattu 31.8.2012.  
<http://www.tonycostello.com.au/Files/EAU-400-robotic-cases.pdf>

Ohtonen, H. 2006. Potilasohjaus - hoitotyön punainen lanka. *Sairaanhoitaja* 79 (10), 3.

Palokoski, M-R. 2007. Kirurgisen potilaan kotona selviytyminen leikkauksen jälkeen. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Viitattu 3.1.2012  
<http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu01622.pdf>

Pietilä, N. 2011. Robottivusteista urologiaa - Robottivusteinen laparoskooppinen prostatectomia eli eturauhasen poisto (RALP, Robot Assisted Laparoscopic Prostatectomy). *Spirium* 46(2), 36- 39.

Pitkänen, A. Opinnäytetyö asiaa. Vastaanottaja Koivisto, S. Lähetetty 18.4.2012 (viitattu 24.4.2012). Yksityinen sähköpostiviesti.

Rannikko, A., Péta, A., Tiippana, E. & Taari, K. 2011. Robottivusteinen laparoskooppinen radikaaliprostatektomia. Viitattu 13.4.2012.  
<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo99423.pdf>

Ronkainen, S., Pehkonen, L., Lindblom-Yläne, S. & Paavilainen, E. 2011. Tutkimuksen voimasanat. Helsinki: WSOY.

Salminen-Tuomaala, M., Kaappola, A., Kurikka, S., Leikkola, P., Vanninen J. & Paavilainen, E. 2010. Potilaiden käsityksiä ohjauksesta ja kirjallisten ohjeiden käytöstä päivystyspoliklinikalla. *Tutkiva hoitotyö*. 8(4), 21- 28.

Santti, H. 2012. Kokemuksia HYKS:sta. Eturauhasen robottivusteisia poistoleikkauksia tehty yli viisi sataa. *Propo. Suomen eturauhassyöpäyhdistys ry. Jäsenlehti* 2/2012, 4- 6.

Sonninen, E., Kinnunen, P. & Pietilä, A-M. 2006. Elämänhallintaa tukevan ohjauksen kehittäminen. *Sairaanhoitaja* 79 (10), 18- 21.

Tiittula, L. & Ruusuvuori, J. 2005. Johdanto. Teoksessa J. Ruusuvuori & L. Tiittula (toim.) Haastattelu -tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Jyväskylä: Gummerus.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 9. uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.

Vianto, U. Monitoimipoliklinikan henkilöstöresurssit ja toiminta. Vastaanottaja Komulainen, T-T. Lähetetty 17.4.2012 ja 19.4.2012 (viitattu 24.4.2012). Yksityinen sähköpostiviesti.

## Kuviot

Kuvio 1. HYKS:n alueella suoritettut prostatektomiat vuosina 2009- 2011 (Santti 2012). ....	7
Kuvio 2. Ohjausprosessi (Hautakangas ym. 2003). ....	11
Kuvio 3. Projektiryhmä. ....	16
Kuvio 4. Toteutunut yhteistyö. ....	17
Kuvio 5. Potilaan kokemus suullisesta ohjauksesta. ....	20
Kuvio 6. Potilaan kokemus kirjallisesta materiaalista. ....	27
Kuvio 7. Potilaan kokemus kotona selviytymisestä. ....	28

## Taulukot

Taulukko 1. Esimerkki alkuperäisilmausten pelkistämisestä. ....	19
Taulukko 2. Esimerkki alaluokkien muodostamisesta. ....	19
Taulukko 3. Esimerkki yläluokkien muodostamisesta. ....	19
Taulukko 4. Esimerkki pääluokkien muodostamisesta. ....	19



## Liitteet

Liite 1. Tutkimustaulukko .....	42
Liite 2. HUS:n toiminnallinen organisaatio 2012 .....	45
Liite 3. Tutkimuslupa.....	46
Liite 4. Saatekirje potilaalle .....	48
Liite 5. Suostumuslomake haastatteluun .....	49
Liite 6. Haastattelukysymykset.....	50
Liite 7. Uudistetut kirjalliset ohjeet .....	51

Liite 1. Tutkimustaulukko

Alaloukusa-Lahtinen, J. 2008. Ohjaus kirurgisen potilaan arvioimana. Hoitotiede. Pro gradu - tutkielma.	Kuvailla millaiseksi kirurgiset potilaat arvioivat sairaalassa saamansa ohjauksen	Oulun yliopistollisen sairaalan kirurgian ja neurokirurgian klinikoiden vuodeosastojen kotiutuneet potilaat (n=172)	Ohjaus arvioitiin hyväksi. Riittävintä ohjaus oli sairautteen ja sen hoitoon liittyvissä asioissa. Puutteellista ohjaus oli sosiaaliseen tuen osalta.
Alho, S. & Nylund, A. 2002. Päiväkirurgisen potilaan kirjalliset hoito-ohjeet. Hoitotiede. Pro gradu - tutkielma.	Kuvata päiväkirurgisten potilaiden kirjallisia hoito-ohjeita ja potilaiden käsityksiä niistä	Yhden sairaalan päiväkirurgisen yksikön kirjalliset hoito-ohjeet (n= 16) ja päiväkirurgisissa toimenpiteissä olleet potilaat (n= 132)	Kutsukirjeessä olleet valmistautumishjeet olivat tarpeelliset ja riittävät. Kotihoito-ohjeisiin lisätietoa olisi kaivattu.
Bolenz, C., Gupta, A., Hotze, T., Ho, R., Cadeddu, JA. & Roehrborn CG. 2009. Cost Comparison of Robotic, Laparoscopic, and Open Radical Prostatectomy for Prostate Cancer. Kirurgia. European Urology (57).	Vertailla avoimen, laparoskooppisen ja robottivasteisen laparoskooppisen prostatektomian kustannuksia	Laparoskooppisen (n=220), robottivasteisen laparoskooppisen (n=262) tai avoimen (n=161) prostatektomian syyskuun 2003 ja huhtikuun 2008 välillä läpikäyneet potilaat	RALP:n kustannukset olivat suuremmat kuin laparoskooppisen tai avoimen prostatektomian. Tämä johtui etupäässä kirurgin välineistön sekä leikkaussalin kustannuksista.
Hovi, P-R. 2003. Lyhythoitoisten potilaiden kokemuksia leikkauksen jälkeen annetusta ohjauksesta ja selviytymisestä kotona. Hoitotiede. Pro gradu - tutkielma.	Saada tietoa lyhythoitoisten leikkaukspotilaiden sairaalassa saamasta ohjauksesta ja kotona selviytymisestä.	Yhden yliopistollisen sairaalan Lyhki- osaston potilaat (n=75)	Potilaat saivat tietoa ja taitojen opetusta riittävästi. Suurella osalla potilaista oli ongelmia kotitöistä selviytymisessä, vajaalla puolella liikkumisessa.
Hu, J., Gu, X., Lipsitz, S., Barry, M., D'Amico, A., Weinberg, A. & Keating, N. 2009. Comparative Effectiveness of Minimally Invasive vs Open Radical Prostatectomy. Kirurgia. JAMA 302 (14).	Vertailla mini-invasiivisen (laparoskooppinen sekä robottivasteinen) ja avoimen prostatektomian vaikutuksia	Laparoskooppisen tai robottivasteisen laparoskooppisen prostatektomian (n=1938) tai avoimen prostatektomian (n=6899) läpikäyneet potilaat	Avoleikkaukspotilaat tarvitsivat verrokki-ryhmää useammin verensiirtoja sekä pidemmän sairaalassaoloajan, mutta pidätys- ja erektiokyvyn palautuminen oli nopeampaa.

Kääriäinen, M., Kyn- gäs, H., Ukkola, L. & Torppa, K. 2005. Potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta. Hoitotiede. Tutkiva hoitotyö 3 (1).	Selvittää potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauk- sesta.	Yhden sairaalan potilaat. (n= 844)	Ohjauksen saanti oli osittain riittä- mättömää sekä ennen sairaalaan tuloa että sairaalassa ol- lessa. Ohjauksella oli vähän tai ei lain- kaan vaikutusta kolmannekseen po- tilaista. Vähiten ohjauksella oli vai- kutusta omaisten tiedonsaantiin ja potilaiden lääk- keidenkäyttöön.
Lipponen, K., Kyn- gäs, H. & Kääriäinen, M. (toim.) 2006. Erikoissairaanhoidon ja perustervey- denhuollon yhteis- työnä tuotetut poti- lasohjauksen toimin- tamallit. Hoitotiede. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 3/2008.	Kartoittaa ja kehit- tää potilasohjauk- sen laatua Pohjois- Pohjanmaan sai- raanhoitopiirissä	Potilaat (n=920), omai- set (n=341) ja terve- denhuoltohenkilöstö (n=1024)	Ohjauksen kehittä- mishaasteiksi nousi- vat ohjaustapahtu- ma prosessina, oh- jauksen organisoi- nti, vuorovaikutus ohjaussuhteessa, sosiaalinen tuki, omaisten ohjaus, demonstrointi, kir- jallinen ohjaus, pu- helinohjaus ja ryh- mäohjaus.
Mottrie, A., Van Mi- gem, P., De Naeyer, G., Schattemann, P., Carpentier, P. & Fonteyne, E. 2007. Robot-Assisted Lapa- roscopic Radical Prostatectomy: On- cologic and Func- tional Results of 184 Cases. Kirurgia European Urology (52).	Arvioida 184 robot- tiavusteisen laparo- skooppisen prostata- tektomian toiminnallisia ja onkologisia tuloksia	Robottiaivusteisen lapa- roskooppisen prostata- tektomian (n=184) helmi- kuun 2003 ja joulukuun 2005 välillä läpikäyneet potilaat	95 % potilaista oli pidätyskykyisiä noin puolen vuoden ku- luttua toimenpi- teestä. 81 %:lla alle 60-vuotiaista erek- tiohermot säästävän leikkauksen läpi- käyneistä potilaista erektiokyky säilyi. Yli 60-vuotiailla vastaava prosentti- luku oli 51 %.
Murphy, D., Kerger, M., Crowe, H., Pe- ters, J. & Costello, A. 2009. Operative Details and Oncological and Functional Outcome of Robotic-Assisted	Raportoida ensim- mäisten 400 yksi- kössä suoritetun robottiaivusteisen laparoskooppisen prostataktomian leikkaukselliset yk- sityiskohdat sekä lyhyen aikavälin	Robottiaivusteisen lapa- roskooppisen prostata- tektomian (n=400) joulu- kuun 2003 ja elokuun 2006 välillä läpikäyneet potilaat	Vuoden seurannan aikana 91,4 % saa- vutti täyden pidä- tyskyvyn. Erekti- okykyisistä miehis- tä, jotka kävivät erektiohermot sää- stävän leikkauksen, 62 %:lla erektiokyky

Laparoscopic Radical Prostatectomy: 400 Cases with a Minimum of 12 Months Follow-up. Kirurgia. European Urology (55).	onkologiset sekä toiminnalliset tulokset		palautui vuoden aikana.
Palokoski, M-R. 2007. Kirurgisen potilaan kotona selviytyminen leikkauksen jälkeen. Hoitotiede. Pro gradu - tutkielma.	Kuvata kirurgisen potilaan kotona selviytymistä leikkauksen jälkeen sekä selvittää, miten sairaalassa annettu ohjaus tukee kotona selviytymistä.	Tavallisella kirurgisella vuodeosastolla olleet potilaat (n=103), joita haastateltiin puhelimitse	Sairaalassa annetulla ohjauksella oli merkitystä potilaiden kotona selviytymiseen. Potilaat toivoivat lisää ohjausta haavanhoidon komplikaatioista, liikkumisen rajoituksista ja kipulääkityksestä. Hoitajilta toivottiin enemmän aikaa ohjaukseen sekä potilaan elämäntilanteen huomioimista ohjauksessa.
Salminen-Tuomaala, M., Kaappola, A., Kurikka, S., Leikkola, P., Vanninen, J. & Paavilainen, E. 2010. Potilaiden käsityksiä ohjauksesta ja kirjallisten ohjeiden käytöstä päivystyspoliklinikalla. Hoitotiede. Tutkiva hoitotyö 8(4).	Kuvata päivystyspoliklinikalla asioineiden potilaiden käsityksiä hoitohenkilökunnalta saamastaan ohjauksesta ja kirjallisten kotihoito-ohjeiden käytöstä	Päivystyspoliklinikalla syksyllä 2008 tai keväällä 2009 asioineet potilaat. (n= 77)	Ohjauksen kehittämisessä erityistä huomiota tulee kiinnittää kotihoito-ohjeista keskustelemiseen ja sen varmistamiseen, ettei potilaalle jää epäselviä asioita.
Sonninen, E., Kinnunen, P. & Pietilä A-M. 2006. Elämänhallintaa tukevan ohjauksen kehittäminen. Hoitotiede. Sairaanhoitaja 79(10).	Selvittää, millaisia näkemyksiä tulehduksellista suolistosairautta sairastavilla potilailla oli elämänhallintaa tukevan ohjauksen kehittämiseksi	Haastateltiin tulehduksellista suolistosairautta sairastavia potilaita (n = 8)	Ohjauksessa keskitettiin käsittelemään tietoa sairaudesta ja sen hoidosta, mutta yksilöllisestä elämäntilanteesta ja voimavaroista ei juurikaan keskusteltu.



## Liite 3. Tutkimuslupa

HELSINGIN JA UUDENMAAN SAIRAANHOITOPIIRI HYKS-sairaanhoitoalue 2012 Operatiivinen tulossyksikkö	TUTKIMUSLUVAN MYÖNTÄMINEN § 147 05.07.2012	1 (2)  Dnro
Hakijat	sairaanhoidon opiskelijat Sanna Koivisto ja Taru-Tiina Komulainen	
Esittelijä	johtava ylihoitaja Arja Tuokko	
Asia	<b>TUTKIMUSLUVAN MYÖNTÄMINEN SAIRAANHOIDON OPISKELIJAT SANNA KOIVISTON JA TARU-TIINA KOMULAISEN TUTKIMUKSELLE: ROBOTTIIVUSTEISEN LAPAROSKOOPPISEN PROSTATECTOMIAN LÄPIKÄYNEIDEN POTILAIEN KOKEMUKSIA SAAMASTAAN OHJAUksesta PEIJAKSEN SAIRAALASSA.</b>	
Perustelut	<p>Laurea ammattikorkeakoulun (Tikkurila) hoitotyön koulutusohjelman opiskelijat Sanna Koivisto ja Taru-Tiina Komulainen anovat tutkimuslupaa opinnäytetyölleen. Työn tavoitteena on kerätä robottiivusteisen prostatectomian läpikäyneiden potilaiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta Peijaksen sairaalassa. Työn tilaaja on Peijaksen sairaalan osasto 132 ja Kirurgian poliklinikka 3.</p> <p>Sanna Koivisto ja Taru-Tiina Komulainen anovat lupaa kerätä tutkimusaineisto Peijaksen sairaalan osastolla 132 ja kirurgian poliklinikalla 3 hoideutuilta potilailta (N=10) haastattelemalla potilaita 3 viikkoa leikkauksen jälkeen. Potilaita varten on laadittu saatekirje, josta ilmenee osallistumisen vapaaehtoisuus ja haastattelun kysymykset. Tutkimuslupaa haetaan ajalle 1.8. - 31.12.2012. Opinnäytetyön ohjaajina toimii lehtori Reija Korhonen Laurea ammattikorkeakoulusta ja HUS-vastuuhenkilönä on kliininen opettaja Margit Eckardt Peijaksen sairaalasta.</p> <p>Osastoryhmän päällikkö Tarja Särkioja on tietoinen opinnäytetyöstä ja suostuva sen toteuttamiselle Peijaksen sairaalassa.</p> <p>Tämän opinnäytetyön avulla saadaan tietoa potilaan vastaanottamasta ohjauksesta hoidon eri vaiheissa. Saadun tiedon pohjalta opiskelijat päivittävät prostatectomia potilaiden kirjalliset kotihoito-ohjeet Peijaksen sairaalaan.</p>	
Päätös	<p>Edellä olevan perusteella päätän, että sairaanhoidon opiskelijoille Sanna Koivisto ja Taru-Tiina Komulainen myönnetään tutkimuslupa ajalle 1.8. - 31.12.2012.</p> <p>Tutkimuksen yhteydessä käytettäviä tietoja on pääsääntöisesti käsiteltävä anonymisti. Henkilötietojen avainrekisterin säilyttämisestä huolehtii aina HUS:ssa tutkimuksen vastuuhenkilö. Tutkimusluvan saaja huolehtii muun tietoaineiston asianmukaisesta arkistoinnista ja mahdollisten tietojen kopioiden hävittämisestä. Tutkimusluvan saajan HUS:n nimissä syntyvät julkaisut on julkaisukeräysohjeiden mukaisesti toimitettava tiedoksi ja työsuhtekeksinnöt on ilmoitettava kirjallisesti HUS:lle.</p> <p>Tutkimuksesta tulee sen valmistuttua toimittaa raportti opinnäytetyön raportointilomakkeella (johtajaylilääkärin ohje 1/2010 liite 5) HYKS Oper ty EVO-vastuulääkärille Pauli Puolakkaiselle, Operatiivisen tulossyksikön toimialajohtaja Reijo Haapiaselle sekä johtava ylihoitaja Arja Tuokolle. Johtava ylihoitaja Arja Tuokolle lähetetään myös koko raportti sähköisessä muodossa.</p>	

HELSINGIN JA UUDENMAAN  
SAIRAANHOITOPUOLUSTUS  
HYKS-sairaanhoitoalue 2012  
Operatiivinen tulostyöryhmä

TUTKIMUSLUVAN  
MYÖNTÄMINEN  
§ 147  
05.07.2012


2 (2)

Dnro

Sovelletut oikeusohjeet HUS Yleiskirjeet nrot 22/2000 ja 4/2002  
Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta (488/1999)  
Henkilötietolaki (523/1999)  
Laki viranomaistoiminnan julkisuudesta (621/1999)  
Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992)  
Potilasvahinkolaki (585/1986)

Päätösvallan peruste Hallintosääntö 20 §  
HYKS operatiivisen tulostyöryhmän johtajan päätös § 249 (31.08.2009)

Lisätietojen antaja Erikoissuunnittelija Leena Timonen, p. 050-427 0568 tai 09-471 78407  
sähköposti: leena.timonen@hus.fi

  
Pauli Puolakkainen  
HYKS Oper ty, EVO-vastuulääkäri

Tiedoksi sairaanhoitajaopiskelijat Sanna Koivisto ja Taru-Tiina Komulainen  
johtava ylihoitaja Arja Tuokko  
osastoryhmän päällikkö Tarja Särkioja  
erikoissuunnittelija Leena Timonen  
kliininen asiantuntija Marita Ritmala-Castrén  
kliininen asiantuntija Satu Rauta  
kliininen asiantuntija Jaana Kotila  
kliininen asiantuntija Hannele Saunders  
kliininen asiantuntija Susan Arminen  
kliininen asiantuntija Tiina Saloranta  
kliininen asiantuntija Anna-Maija Jäppinen  
lehtori Reija Korhonen/Laurea ammattikorkeakoulu

Lähetetty tiedoksi 5.7.2012/tv

#### Liite 4. Saatekirje potilaalle

Arvoisa potilaamme,

olette ollut hoidossa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä (HUS) Peijaksen sairaalan Kirurgisella poliklinikalla 3 sekä osastolla 132. Hoitoon ja siihen liittyviin tehtäviin perustuen otamme Teihin yhteyttä tutkimustarkoituksessa.

HUS:ssa on annettu lupa suorittaa terveydenhuollon ammattiopintoihin kuuluva opinnäytteeksi tarkoitettu tutkimus Robottivälineisen laparoskooppisen prostektomian läpikäyneiden potilaiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta Peijaksen sairaalassa. Tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa potilaiden kokemuksia ennen toimenpidettä ja sen jälkeen saadusta ohjauksesta sekä kirjallista kotihoito-ohjeista. Tutkimuksesta saatua tietoa hyödynnetään ohjauskäytäntöjen kehittämiseen. Saadun tutkimustiedon pohjalta laaditaan lisäksi uudet kirjalliset hoito-ohjeet kotiutuville potilaille. Tutkimus toteutetaan yhteistyössä Kirurgian poliklinikan 3 sekä osaston 132 kanssa. Tutkimuksen suorittajina ovat Laurea-ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijat Sanna Koivisto ja Taru-Tiina Komulainen.

Kutsumme Teitä osallistumaan tähän tutkimukseen. Sen vuoksi kerromme seuraavassa tarkemmin, miten tutkimukseen voi osallistua.

Tutkimusmenetelmänä on puolistrukturoitu haastattelu, joka voi sisältää kaikille yhteisten kysymysten lisäksi tarkentavia kysymyksiä. Haastattelukysymykset koskevat tulohaastattelun ja kotihoidon ohjausta sekä kirjallisia ohjeita. Haastattelu suoritetaan kontrollikäyntinne aikana Kirurgisella poliklinikalla 3 noin viikon kuluttua toimenpiteestä. Tutkimuksen kesto on arviolta 30 minuuttia ja pyrimme toteuttamaan haastattelun Teille varattujen toimenpiteiden välissä. Haastateltavien lukumäärä tutkimuksessa on noin 10. Haastattelut nauhoitetaan ja nauhoitukset hävitetään asianmukaisesti tutkimuksen päätyttyä. Kaikki Teiltä tutkimuksen aikana kerättävät tiedot käsitellään luottamuksellisina ilman nimeänne tai muita tietoja henkilöllisyydestänne. Mikäli ette halua osallistua tutkimukseen, ilmoittattehan siitä Kirurgian poliklinikan 3 tai osaston 132 henkilökunnalle.

Tähän tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja voitte kieltäytyä tutkimuksesta sen missä vaiheessa tahansa ilman erityistä syytä. Osallistuminen tai osallistumatta jättäminen ei vaikuta hoitoonne HUS:ssa nyt tai tulevaisuudessa.

Lisätietoja voitte saada sähköpostitse opinnäytetyön tekijöiltä

Sanna.Koivisto@laurea.fi / Sanna Koivisto  
Taru-Tiina.Komulainen@laurea.fi / Taru-Tiina Komulainen

tai opinnäytetyön ohjaavalta opettajalta

Reija.Korhonen@laurea.fi / Reija Korhonen



## Liite 5. Suostumuslomake haastatteluun

### SUOSTUMUS HAASTATTELUUN

Olen tietoinen opinnäytetyöhön liittyvän tutkimuksen tarkoituksesta ja siitä, että osallistuminen haastatteluun on vapaaehtoista. Henkilöllisyyteni jää vain tutkijoiden tietoon ja kaikki minua koskeva aineisto hävitetään asianmukaisesti opinnäytetyön valmistuttua.

Suostun haastateltavaksi ja siihen, että antamiani tietoja hyödynnetään kyseisessä opinnäytetyössä. Voin halutessani keskeyttää haastatteluun osallistumiseni milloin tahansa ilman erityistä syytä.

Paikka ja päiväys

---

Haastateltavan allekirjoitus ja nimenselvennys

---

## Liite 6. Haastattelukysymykset

### Tulohaastattelu

1. Saitteko itse osallistua ohjaukseen? (Miten?)
2. Millaisia asioita tulohaastattelun ohjauksessa käsiteltiin? Puuttuiko käsitellyistä aihealueista mielestänne jokin?
3. Oliko tulohaastattelun ohjaus selkeää? Saitteko tarpeeksi tietoa toimenpiteestä ja siihen liittyvistä asioista?
4. Käytettiin ohjaukseen riittävästi aikaa?
5. Saitteko tulohaastattelun yhteydessä kirjallisia toimintaohjeita? (Oliko kirjallinen materiaali tarpeeksi ymmärrettävä? Olisitteko kaivannut enemmän materiaalia ohjaukseen? Esimerkiksi kuvallisia ohjeita/videoita/ kirjallista materiaalia)
6. Mitä parannuksia toivoisitte tulohaastattelussa tapahtuvaan ohjaukseen?

### Kotihoidon ohjaus ja kirjalliset ohjeet

7. Missä vaiheessa kotihoitoa koskevaa ohjausta annettiin? Oliko ohjauksen ajoitus mielestänne oikea?
8. Saitteko ohjauksesta riittävästi tietoa kotona selviytymiseen toimenpiteen jälkeen?
9. Millainen ilmapiiri ohjaustilanteessa oli?
10. Voitteko vaikuttaa ohjauksen sisältöön ja kulkuun?
11. Käytiinkö kirjallisia ohjeita läpi hoitajan kanssa? Oliko toimintatapa mielestänne hyödyllinen?
12. Millaisia parannuksia toivoisitte kotihoitoa käsittelevään ohjaukseen?
13. Olivatko kotihoito-ohjeet selkeät ja ymmärrettävät? Esiintyikö asiavirheitä?
14. Miten selviyditte kotona kotihoito-ohjeiden avulla?
15. Jouduitteko ottamaan yhteyttä osastolle kotiutumisen jälkeen? (Miksi?)
16. Tuliko myöhemmin ilmi asioita, joita ei ollut käsitelty ohjaustilanteessa? (Millaisia?)

Liite 7. Uudistetut kirjalliset ohjeet



**HYKS-sairaanhoitoalue**  
*HELSINGIN JA UUDENMAAN SAIRAAHOITOPIIRI*  
Urologia

# ETURAUHASEN TÄYDELLINEN POISTOLEIKKAUS

## - ROBOTTIAVUSTEINEN LAPAROSKOOPPINEN PROSTATEKTOMIA (RALP)

Urologisissa tutkimuksissa Teillä on todettu eturauhasen pahanlaatuinen kasvain eli eturauhassyöpä. Rauhasen tunnustelun, ultraäänitutkimuksen, laboratorioarvojen ja luustokartoituksen perusteella syöpäkasvain vaikuttaa sijaitsevan eturauhasen kapselin sisällä. Kapseloitunut syöpä voidaan poistaa radikaalileikkauksella, jolloin syövästä voi parantua täydellisesti. Tämä ohje sisältää tietoa leikkauksesta ja sen jälkeisestä toipumisesta.

### Toimenpide

**RALP** on da Vinci –leikkausrobotin avulla suoritettava eturauhasenpoisto. Toimenpide suoritetaan nukutuksessa eli yleisanestesiassa, ja sen kesto on 1,5- 3 tuntia. Mahdollinen verenvuoto korvataan punasolusiirrolla. Vatsalle tehdään yksi viiden senttimetrin pituinen avaus ja viisi pikkusormen pituista avausta, joihin asetetaan portit instrumenttien ja kameran sisäänvientiä varten. Kirurgi työskentelee potilaan lähellä olevalla konsolilla, jolla ohjataan vatsaontelossa sijaitsevia instrumentteja.

Leikkauksessa poistetaan eturauhanen, ja tarvittaessa eturauhaseen liittyvät rakkularauhaset. Taudin levinneisyydestä ja luokituksesta riippuen leikkauksessa voidaan poistaa myös eturauhasen ulkopuolella oleva imukudos, jonka patologi tutkii mahdollisten etäpesäkkeiden toteamiseksi. Leikkauksen onnistumista arvioitaessa patologin lausunto poistetusta eturauhasesta on merkittävä. Erektio- ja virtsanpidätyskyvyn kannalta tärkeät hermot pyritään säilyttämään.

Eturauhasen sisällä kulkeva virtsaputki katkaistaan sulkijalihaksen vierestä ja rakon kaulasta. Eturauhasenpoiston jälkeen virtsarakko kiinnitetään virtsaputkeen ompeleilla. Virtsarakkoon jätetään virtsaputken kautta tuleva katetri varmistamaan sauman paraneminen.

RALP:n etuina ovat huomattavasti pienemmät leikkaushaavat, vähäinen verenvuoto sekä hyvät edellytykset erektiohermoja säästävälle tekniikalle. Toipuminen on nopeampaa ja sairausloma on lyhyempi kuin avoleikkauksessa. Vaikka hermojuosteet pyritään säilyttämään, erektiohäiriö ja virtsanpidätyskyvyn heikkous ovat tavallisia ilmiöitä leikkauksen jälkeen.

## **Hoitopolku**

**Ennen leikkausta** mahdolliset tulehdussairaudet kuten virtsa- tai hengitystietulehdus on syytä hoitaa. Mikäli Teillä on säännöllinen asetosalisyylihappoa sisältävä lääke, Teidän tulee keskeyttää se kaksi viikkoa ennen leikkausta.

Tulotarkastuksessa kirurgian poliklinikalla noin viikkoa ennen leikkausta otetaan veri- ja virtsanäyte sekä sydänfilmi. Tarvittaessa keuhkot röntgenkuvataan. Leikkaava urologi, anestesia- ja sairaanhoitaja keskustelevat kanssanne leikkaukseen liittyvistä asioista. Fysioterapeutti perehdyttää Teidät lantionpohjan lihasten harjoituksiin.

Leikkauspäivän aamuna kirurgian poliklinikalla leikkausalueelta poistetaan iho-  
karvat, ja saatte esilääkkeen noin tuntia ennen toimenpidettä.

**Leikkauksen jälkeen** vointianne tarkkaillaan leikkaussalin heräämössä tai val-  
vontaosastolla yleensä useamman tunnin ajan, jonka jälkeen Teidät siirretään  
vuodeosastolle. Sairaalassaoloaikana annetaan veritulpan muodostumista eh-  
käiseviä pistoksia sekä suun kautta estolääkityksenä toimivaa antibioottihoitoa.  
Leikkausta seuraavana päivänä Teidät avustetaan liikkeelle. Katetrikipu ja virt-  
saamistarve ovat tavallisia vaivoja, joita voidaan hoitaa lääityksellä. Hoitohen-  
kilökunnan ohjeita liikkumisen suhteen on kuitenkin hyvä noudattaa. Vuode-  
osastolla voitte aloittaa nesteen nauttimisen ja siirtyä normaaliin ravitsemuk-  
seen.

**Kotiutuminen** tapahtuu yleensä 1- 2 vuorokauden kuluttua leikkauksesta. Hoi-  
tohenkilökunta antaa ohjeet katetrin hoidosta ja katetripussin vaihdosta. Saatte  
osastolta mukanne kotona tarvittavat tarvikkeet, kuten reisisukan ja katetripus-  
seja. Ohjeet saatte sekä kirjallisena että suullisena. Sairausloman kesto mää-  
räytyy työn luonteen ja katetrinpoiston jälkeisen virtsanpidätyskyvyn perusteella.  
Yleensä sairausloma on 3- 4 viikkoa leikkauksesta.

**Katetrinpoisto** suoritetaan yleensä 7 vuorokauden kuluttua leikkauksesta ki-  
rurgian poliklinikalla. Ennen katetrinpoistoa tehdään varjoainetutkimus, jolla  
varmistetaan sauman paraneminen. Katetrinpoiston jälkeen seurataan virtsauk-  
sen käynnistymistä ja virtsanpidätyskykyä. Virtsanpidätyskyvyn heikkoudesta  
johtuen vaippojen käyttö parin ensimmäisen kuukauden aikana on tavallista.  
Katetrinpoisto suoritetaan polikliinisesti, joten käynti ei edellytä yöksi jäämistä  
osastolle.

**Jälkitarkastus** on kirurgian poliklinikalla noin kuuden viikon kuluttua katetrin-  
poistosta. Jälkitarkastuksessa tarkastetaan PSA-arvo, patologin vastaus kudok-  
säytteestä ja virtsanäyte. Lisäksi tehdään virtsan virtausmittaus ja tarkastetaan  
jäännösvirtsa. Jälkitarkastuksessa keskustellaan myös pidätyskyvystä ja arvioi-  
daan erektiolääkityksen tarve. Säännölliset kontrollikäynnit jatkuvat aluksi kirur-

gian poliklinikalla ja jatkossa terveyskeskuksessa noin kuuden kuukauden välein.

### **Kotihoito-ohjeet**

**Katetri:** Katetrasta tuleva virtsa voi välillä karata katetrin vierestä ja olla veristä. Nestettä suositellaan juotavaksi 2- 3 litraa päivässä, jolloin rakkoon mahdollisesti kertyvät verihyytymät huuhtoutuvat helpommin ulos. Alkoholin nauttimisessa on syytä olla varovainen. Haavat on suljettu sulavin ompelein, joita ei tarvitse erikseen poistaa.

**Lääkitys:** Leikkausalueen jälkiverenvuodon ehkäisemiseksi asetosalisyylilappoa sisältävien lääkkeiden säännöllistä käyttöä tulee välttää kuukauden ajan. Saatte osastolta listan tällaisista lääkkeistä. Antibioottihoito jatkuu suun kautta otettavana estolääkityksenä katetrinpoistoon asti. Katetrikipua voi hoitaa tavallisilla kipulääkkeillä. Jos lääkitykseenne tulee muita muutoksia, saatte siitä tarkemmat ohjeet.

**Hygienia:** Katetri ei ole este suihkussa käynnille. Saunomista, uimista ja kylpemistä on vältettävä katetrin kanssa ja siihen asti, kunnes haavat ovat parantuneet.

**Liikunta:** Kevyttä liikuntaa voitte harrastaa heti leikkauksen jälkeen vointinne mukaan. Raskasta liikuntaa kuten uimista tai polkupyöräilyä sekä raskaita koti töitä, nostamista ja ponnistelua tulee välttää kuuden viikon ajan.

**Sukupuolielämä:** Erektiokyvyn salliessa voitte aloittaa sukupuolisen kanssakäymisen neljän viikon kuluttua leikkauksesta. Siemensyöksy puuttuu johtuen eturauhasen poistosta. Jos erektio puuttuu tai ei ole riittävä, erektiohäiriön hoito voidaan aloittaa jälkitarkastuksen yhteydessä. Erektiohäiriöitä hoidetaan suun kautta otettavilla lääkkeillä, lääkeannoksella virtsaputkeen tai lääkeinjektiolla paisuvaiskudokseen. Osalle näistä lääkkeistä on mahdollista saada Kansanelä-

kelaitoksen (Kela) peruskorvaus. Hoitava lääkäri antaa tarvittaessa lausunnon näiden lääkkeiden tarpeellisuudesta.

Ottakaa välittömästi yhteyttä Teitä hoitaneelle osastolle, jos

- ✓ virtsa ei tule katetrin kautta vaikka on kova virtsauksen tarve
- ✓ katetrinpoiston jälkeen virtsa ei tule, vaikka on kova virtsauksen tarve
- ✓ virtsa muuttuu sakean veriseksi, eikä ala kirkastua
- ✓ nousee korkea kuume
- ✓ leikkaushaava alkaa punoittaa ja aristaa
- ✓ leikkaushaava aukeaa
- ✓ leikkaushaavasta alkaa erittyä nestettä